UNIVERSITÉ DE PARIS VAL-DE-MARNE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTEIL

22

ANNÉE 1973 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jean-Philippe CATONNE

Né le 29 mai 1943, à PARIS (13e)

Présentée et soutenue publiquement le 1973

DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES ET LEURS ANALYSEURS

(ÉTUDE DE PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE)

Président : A. BOURGUIGNON, Professeur

PARIS - 1973

UNIVERSITE DE PARIS VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

Année 1973 THESE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Philippe CATONNE

né le 29-5-43 à Paris (13è)

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19.....

DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES ET LEURS ANALYSEURS

(ETUDE DE PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE)

Président : A. BOURGUIGNON - Professeur

PARIS 1973

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548022_0041

DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES ET LEURS ANALYSEURS

(ETUDE DE PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE)

- ELEMENTS INTRODUCTIFS.

- PREMIERE PARTIE : Recueil du matériel clinique.

  - Histoire de Nanette.
  - Histoire de Babil.
  - Histoire d'Alain.
  - Les alcooliques.

- DEUXIEME PARTIE : Formulation des Concepts. L'introduction à l'Analyseur en Psychothérapie Institutionnelle.

  - Le révélateur.
  - Le bouc émissaire.
  - L'Analyseur.
  - L'Analyste.
  - La psychothérapie Institutionnelle : Aspects fondamentaux.

- TROISIEME PARTIE : D'autres Analyseurs.

  - Les élèves infirmiers.
  - L'ergothérapie.

- LES CONCLUSIONS.

- INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

-=-=-=-=-

ELEMENTS INTRODUCTIFS

Chaque Institution sociale (1) à laquelle nous nous sommes trouvés confrontés de près ou de loin, nous a révélé, tôt ou tard, l'existence d'un ou de plusieurs personnages, sur lesquels les feux croisés des projecteurs étaient braqués.

Si nous parlons de projecteurs, c'est à dessein, car un des mécanismes psychologiques constitutif d'une dynamique compréhensive de ce genre de phénomène est bien la Projection.

Il n'est question que d'eux. Tantôt il s'agit d'une indispensable vedette locale (indispensable au fonctionnement de l'ensemble), mais bien souvent aussi d'un personnage, objet de plaintes et récriminations diverses, l'empêcheur numéro un de tourner en rond. Avec son départ tout irait tellement mieux.

Les Institutions psychiatriques, du moins celles que nous avons pu étudier, ne semblent pas échapper à ce mode de fonctionnement. Bien au contraire, c'est avec une fréquence remarquable que nous avons vu sous nos yeux naître et mourir des personnes investies de tous les maux de la terre.

La mission officielle de ces institutions étant soignante, il n'est pas etonnant de constater qu'il y séjourne des malades et que dans la position hiérarchique de faiblesse qu'ils y occupent, ce soit justement eux qui incarnent le plus souvent cette fonction de cibles, objets des attaques répétées de toute la collectivité.

Au cours de plus de quatre années de travail dans ces institutions, il n'y a pas un mois, voire une semaine, qui n'ait été marqué par l'apparition, sous des formes diverses, de ce phénomène.

(1)- Nous définissons avec G. LAPASSADE, une institution comme un groupe social, régi par un système de règles, qui déterminent la vie de ce qroupe.
Georges LAPASSADE : Groupes - Organisations et Institutions - page 149.
Gauthier-Villars - Paris 1970.

.../

Ces personnages cibles s'en tirent différemment suivant l'importance et le sens du message qu'ils véhiculent, ainsi que le type de rapports qu'ils nouent avec le reste du collectif.

Néanmoins, l'issue peut-être dramatique et ce sont les vives inquiétudes que nous ont causé le déroulement de certaines affaires, ainsi que leur fréquence déjà signalée, qui nous a déterminés à entreprendre ce travail.

Les faits qui vont être rassemblés comportent précisément certaines de ces "histoires" qui ont eu une fin tragique. Nous préferons en donner tous les détails afin d'affiner la démarche d'élucidation qui est la nôtre, mais nous savons que certains des acteurs sont encore impliqués, aujourd'hui, dans le cadre où se sont déroulées les scènes décrites. Aussi, nous avons jugé préférable, par respect pour leur travail actuel, de taire leur nom et modifier ceux des malades et des institutions dans lesquels ils étaient traités. Nous pensons que tous comprendront l'utilité de cette position.

Le caractère répititif du phénomène que nous allons tenter de cerner, a fait penser à certains que ces personnages cibles révèlaient un aspect caché et fonctionnaient à la manière de symptôme de l'Institution. C'est ainsi qu'est né, au sein de l'équipe dirigée par Jean AYME, le concept de Malade-symptôme. AYME (1) le définit comme "l'occultation d'une vérité cachée, mais aussi surface de projection où peut se lire quelque chose, un message codé qui peut être déchiffré".

L'originalité d'un tel concept peut s'apprécier à la mesure du parcours historique qu'il caractérise. Pour qu'un malade soit perçu comme révélateur d'une structure soignante, il a fallu, auparavant, que le symptôme lui-même soit chargé d'un sens, c'est-à-dire signifiant d'une histoire personnelle dans ses dimensions inter individuelles et sociales.

Il faut se souvenir qu'il n'y a pas si longtemps que l'on a battu en brèche les vieilles notions d'hérédité, dégénérescence et autres théories des localisations cérébrales, pour reconnaître dans la maladie mentale une altération d'objet malade - environnement, altération dans laquelle entrent nécessairement des facteurs d'ordre sociologique. De la sorte, au lieu d'être le "SIGNE" extérieur d'un disfonctionnement

.../

(1)- Cité par Christian AUBERT dans Contribution à l'étude du Malade symptôme
Thèse Médecine - Paris 1969.

.../

présumé interne, le symptôme devenait le "SYMBOLE", c'est-à-dire l'expression d'un trouble affectant à la fois l'environnement et le sujet.

L'avènement de l'analyse institutionnelle introduit une nouvelle dimension. Si l'on admet que dans une communauté psychiatrique, il existe un transfert malade - institution, - et qui le contesterait aujourd'hui ? - l'institution doit être en mesure d'analyser son contre-transfert au malade afin d'ajuster sa relation en permanence. Or, les établissements psychiatriques fonctionnent selon une structure institutionnelle intangible parce que réputée adaptée, à l'exclusion de toute adaptation active. C'est aux hôtes de l'établissement, thérapeutes et malades, de s'adapter INDIVIDUELLEMENT à l'institution.

Le personnage-symptôme, c'est précisément celui qui refuse de "jouer le jeu", celui qui ne parvient pas à s'adapter, obligeant l'institution à s'adapter à lui ou à le rejeter. Plutôt que leurs symptômes, au sens psychiatrique, c'est l'ensemble de leur relation avec l'institution qui est significative. Et elle est significative, non d'un trouble structural de leur personnalité, mais des motivations inconscientes de l'institution et de ses contradictions, et de leur influence aliénante.

Mais, si l'on admet que tous les malades, même les plus psychotiques, cherchent à maintenir une relation objectale, on doit s'attendre à ce que tous les malades soient plus ou moins symptômes. Et, en effet, il ne faut pas s'arrêter à ces malades-symptômes que l'on peut qualifier "d'objectifs", c'est-à-dire ceux qui provoquent des remous et des conflits suffisamment forts dans l'institution pour que celle-ci les ressente comme "malade-problème". Il convient, au contraire, de considérer que tout malade est symptôme dans la mesure où l'institution est capable de le reconnaître tel.

Il faut savoir que reconnaître quelqu'un malade, c'est aussi, dans certains cas, entériner la décision de l'entourage, dont il peut être le symptôme. Le traitement qui est alors apporté à ce symptôme réside dans sa mise entre parenthèses, que constituent les murs plus ou moins réels d'une institution psychiatrique qui fonctionne comme lieu de rejection, en permettant de bannir un membre de sa communauté de vie habituelle.

Pourquoi rappeler ce que nous espérons être aujourd'hui des banalités ?

Tous les professionnels de la folie en sont actuellement avertis et pourtant, dans leur pratique, ils continuent à confirmer ce choix d'exclusion extra-professionnelle.

.../

Nous ne voulons pas parler de la vague notion d'Ordre public dans ses rapports avec le renfermement, ni de la difficille question de la Réponse à ce type de demande, mais bel et bien de ce qui se passe à l'intérieur de ce que des psychiatres dénomment les lieux d'accueil de la folie.

Parmi les plus modernes de ces psychiatres, on en rencontre qui pensent que toute relation malade-institution constitue un matériel analytique institutionnel en tant que fait pathologique.

GENTIS (*), dans son dernier livre, semble réprouver les conséquences de cette pratique quand il écrit " La Psychiatrie française, en 1973, c'est encore à cinquante, soixante pour cent, davantage peut-être, l'Asile ... L'Asile où aucune vie personnelle n'est possible ..., l'Asile, où chacun de vos gestes est rapporté dans le cahier d'observations et interprété, avec malveillance, comme geste de malade, geste symptôme".

Parler de malade-symptôme, c'est adopter un à priori qui inscrit toute expression de parole ou d'acte d'un malade sur le registre du pathologique. C'est aussi prendre une option théorico-pratique visant à penser que seul le statut de malade confère,à ceux qui en sont porteurs, de figurer sur la liste des "persona non grata" d'une institution soignante, et à ce titre, dévoiler ses difficultés de fonctionnement.

Nous verrons d'ailleurs, dans la dernière partie de cette étude, que des soignants peuvent se trouver impliqués dans cette situation.

En référence à cette double argumentation, nous préférons, à l'emploi du concept de Malade-symptôme, celui de personnage cible ou, plus simplement, Révélateur. C'est par analogie avec la technique photographique permettant d'obtenir le cliché à partir d'un négatif en utilisant un bain Révelateur, que nous utilisons cette notion de Révelateur Institutionnel, comme équivalent à personnage-cible. Les structures soignantes que nous avons connues présentaient un aspect opaque, dissimulé à ses propres membres. A partir de ce négatif, le Révelateur est un des moyens qui font espérer en dévoiler l'image véritable.

A cette fin, nous exposerons quatre récits émanant de plusieurs institutions, toutes se réclamant, sous des formes diverses, du courant de psychothérapie institutionnelle, et nous tenterons de dégager tout le parti que nous pourons tirer de ce matériel.

.../

(*)- Roger GENTIS : La Psychiatrie doit être faite / défaite par tous. Page 8.
François MASPERO - Paris 1973

Les deux premiers récits se déroulent à l'hopital psychiatrique, et correspondent à des malades, considérés comme révélateurs en titre.

Le troisième s'intéresse à un hopital de jour. Quant au quatrième, il permet d'étendre le concept à un "groupe révelateur" d'un hopital psychiatrique.

Après avoir réuni les caractéristiques propres à définir le champ opératoire du Révelateur, il nous faudra les confronter à celles du bouc émissaire, de l'analyseur et de l'analyste, pour en préciser les rapports et similitudes.

Pour cette deuxième partie, nous aurons à nous référer aux travaux de René LOURAU, en particulier, l'analyseur : qu'a popularisé Georges LAPASSADE

C'est à l'aide de ce nouveau concept, et en prenant appui sur le courant théorique de l'analyse institutionnelle, que nous fournirons de nouveaux faits permettant d'en préciser la portée.

Ce faisant, nous serons amenés à aborder les causes de l'inadaptation des lieux institutionnels, les limites dans lesquelles des tentatives d'analyse s'y inscriront, et la place qu'occupent les solutions de rechange officiellement proposées.

.../

P R E M I E R E P A R T I E

RECUEIL DU MATERIEL CLINIQUE

- Qautre récits -

HISTOIRE DE NANETTE

ANT PROPOS :

Les éléments présentés sont extraits du dossier de Nanette. Il faut noter les conditions dans lesquelles il nous a été confié : entreposé dans les archives remarquablement classées, le préposé ne parvient pas à le retrouver. Après un quart d'heure de recherches, on s'aperçoit qu'il est là où il ne devrait pas être : enfoui sous une pile de dossiers dont l'année ne correspond pas avec celle du dossier de cette malade.

Signalons, d'autre part, que notre demande se situe quelques jours avant la date anniversaire de la mort de Nanette, qui survint le 14 mars 1970. Le dossier a un volume inhabituel, il occupe à lui seul une place équivalant à un trimestre d'archives.

On y découvre, à côté des certificats, fiches de traitements, démarches sociales et observations continues, une abondante correspondance. (Lettres adressées essentiellement aux soignants quel que soit leur statut : demandes diverses, déclarations d'amour, confidences, menaces, y compris de mort, etc...).

Nous avouons ne pas avoir dépouillé ce courrier dans le détail.

EMENTS BIOGRAPHIQUES :

antérieurs à son hospitalisation à MAREL, institution dans laquelle se situe cette étude.

Nanette est née à BREST en 1934. Elle ne connait pas ses parents. Elle est élevée à la campagne par des parents nourriciers. D'eux, elle dira :" ils étaient

honnêtes, mais je n'ai pas eu d'affection. J'ai été élevée à la dure".

Les relations avec ses petits camarades lui laissaient des souvenirs désagréables, "j'étais persécutée, les filles refusaient de jouer avec moi car j'étais mal habillée. Les garçons me jetaient des pierres". Scolarisée jusqu'à 14 ans, elle n'obtient pas le C.E.P..

A la mort de son père nourricier, Nanette travaille pendant 4 ans chez le chatelain local. La fille de la maison, plus âgée qu'elle la séduit. Elle est renvoyée quand le chatelain découvre cette liaison homosexuelle.

Nanette s'emploie alors comme caissière dans une cantine militaire, puis devient "bonne à tout faire" chez des particuliers.

Son premier séjour en hopital psychiatrique se fera en Bretagne ; elle est alors âgée d'une vingtaine d'années. Au cours de cette hospitalisation, un infirmier du service lui fait un enfant. Elle quitte l'hopital pour entrer en "maison de correction" à RENNES.

Elle accouchera à Denfert-Rochereau et, pendant 10 mois, elle élève son enfant dans une maison maternelle, puis le place.

Elle s'embauche à nouveau comme bonne à tout faire chez un médecin à PARIS. Peu de temps après, Nanette se jette sous une voiture. Elle explique ce geste en faisant état de son désir d'être religieuse et de ce que l'enfant qu'elle venait de mettre au monde lui interdisait de présenter ses voeux.

Hospitalisée à MAISON-BLANCHE pendant 6 mois, elle est transférée à MORLAIX où elle restera plusieurs années. Au cours de cette hospitalisation, trois tentatives de sortie échouent. Après avoir agréssé une infirmière, elle est transférée à HENRI-COLLIN (Centre pour "aliénés dangereux" de Villejuif), ceci en 1959.

.../

'HOSPITALISATION A MAREL :

Elle est admise pour la première fois en 1963, à l'âge de 29 ans. Elle était allée se plaindre au commissariat, se croyant menacée par ses collègues de travail.

Placement d'office ; le certificat : "déséquilibre névropathique. Nombreux épisodes antérieurs d'excitation psychomotrice avec clasticité. Instabilité de l'humeur. Anxiété. Tentative de suicide. Préoccupations mystiques et sexuelles".

Dans le service, elle est agressive. L'Interne note :"le contact avec le personnel infirmier semble assez délicat". Quand elle verbalise, c'est pour dire au sujet de ses impulsions : "c'était pour attirer l'attention, j'avais envie de parler".

Plus tard, on modifie l'appréciation nosographique : "syndrôme schizophrénique avec difficultés relationnelles sur un mode caractériel". Il faut signaler qu'à MAREL les catégories nosographiques ne sont pratiquement jamais évoquées. Pour Nanette, il y a eu de nombreuses réunions durant lesquelles on oscillait entre névropathie et schizophrénie, et même personnalité border-line.

Tentative de réinsertion socio-professionnelle :

En 7 ans d'hospitalisation, quatre tentatives de sortie ont échoué :

- 1963 : 2 mois après son admission, sortie d'essai. Nanette retourne chez une patronne comme femme de ménage. Elle s'y sent exploitée, gagnant 100 F par mois.

Elle rencontre alors un Algérien avec qui elle vit 15 jours au bout desquels il lui propose de se prostituer. Nanette refuse, se dispute avec l'ami et retourne chez sa patronne à qui elle demande de prévenir MAREL pour une réhospitalisation.

Elle est enceinte et accouche, en 1969, d'une fille.

De cette époque, il lui restera la peur que son ancien ami tente de se venger. Il lui aurait promis de la tuer.

.../

- 1965 : Nanette retrouve elle-même du travail dans un café, rue du Faubourg Saint-Honoré. Elle fait le ménage et la plonge du débit de boisson, ainsi que le ménage de l'appartement de ses propriétaires. "C'était trop dure, je n'étais pas rodée".

A la suite d'une visite à sa fille, elle se jette sous le métro. Elle n'est pas blessée et retourne à MAREL.

- 1967 : Elle travaille pendant une semaine dans une usine proche de Marel. Le dernier jour, elle se jette de nouveau sous le métro, ce qui nécessite une hospitalisation chirurgicale de deux mois. Elle souffre d'une dizaine de fractures.

En dehors de ces tentatives de sortie, Nanette obtient plusieurs permissions pour visiter ses deux enfants. En 1965, elle retourne voir sa mère nourricière, mais écourte sa visite n'ayant pas supporté de la retrouver éthylique. D'autres permissions sont accordées pour aller chez une éducatrice en retraite qui assume une certaine fonction maternelle. C'est d'ailleurs une des seules personnes chez laquelle elle soit reçue régulièrement.

Relations dans le service :

A part de rares moments où elle est bien adaptée à la vie de l'institution, ses relations avec les soignants sont vécues sur un mode dramatique. Le passage à l'acte, constamment redouté, se réalise presque toujours. Ce sont d'innombrables tentatives de suicide : il ne se passe pas un mois sans qu'il soit fait état de ses impulsions suicidaires (strangulations, défenestrations, empoisonnements, intoxications au gaz, phlébotomie, mise à feu de ses vêtements...), se succédant dans un flirt ininterrompu avec la mort. La plupart de ses tentatives sont entreprises la nuit ou au petit matin.

Nanette provoque sur un mode érotique, chantant à tue-tête des chansons obscènes dans les réunions, proposant publiquement à d'autres malades de faire l'amour. Les internes sont, eux aussi, l'objet de son choix amoureux, quel que soit leur sexe, elle déclare son amour et tente de violenter certains. Alors qu'elle était introuvable pendant toute une soirée, elle déclare, à son retour dans le service, vers 23 heures, qu'elle était "couchée dans le lit d'une interne".

.../

Elle ne cesse de proférer des menaces, aussi bien envers le personnel qu'envers les malades. Dès la première année, elle répètera son intention de tuer "une grand-mère". En renversant une table, elle casse les jambes de deux malades. Une autre fois, elle tente de blesser une de ses camarades en lui portant plusieurs coups de couteau à la poitrine. En pleine nuit, les infirmières de veille sont alertées par des cris. Une "grand-mère", la tête ensanglantée, gémit sous les coups de bouteille que Nanette lui assène copieusement. A plusieurs reprises, des infirmières sont menacées de mort. Certaines d'entre elles sont attaquées : coups de pieds dans le ventre, dans les jambes, coups sur la tête. Avec une fréquence moindre, des internes sont aussi agressés physiquement.

La dernière année de son séjour, alors qu'on demande à Nanette la raison pour laquelle elle circule aux abords de la crèche (pour le personnel), elle exprime son projet de tuer prochainement un enfant.

Nous ne faisons qu'évoquer les agressions à l'égard du matériel : bris du materiel de cuisine, démantèlement complet du mobilier de la chambre, plusieurs centaines de carreaux descendus ...

Face à ces réactions, devant l'urgence des situations, le personnel réagit par des mesures d'isolement temporaire et des injections sédatives, ce qui correspond précisément à sa demande à elle.

Si ces pratiques ne sont pas exceptionnelles dans l'hopital, elle est une des seules à être transférée d'un pavillon à un autre. En effet, depuis l'arrivée d'un nouveau chef de service, aucun pavillon n'est spécialisé dans le type de traitement d'une catégorie de malades et ce dans le but d'éviter une hiérarchie entre les services et de refuser la pratique de la ségrégation des malades à l'intérieur même de l'institution.

Signalons que ce changement, contemporain de l'arrivée de ce médecin chef, date de 1963, ce qui correspond à l'année d'admission de Nanette.

Il est également à noter qu'en 1969, alors que Nanette manifeste une nouvelle crise d'agitation, une série d'electro-chocs est entreprise par l'interne, pratique que l'on n'avait pas vu à MAREL depuis des années, et qu'on ne verra plus après.

.../

D'ailleurs, les relations que les médecins entretiennent avec Nanette lui confèrent un statut particulier. Dans les deux premières années : elle est prise en psychothérapie individuelle par l'interne de son service. Les séances se déroulent le soir, dans la chambre de Nanette, et sont bien souvent, en cas d'insomnie, suivies de la curieuse pratique d'une injection intraveineuse de DOLOSAL. Les injections sont vécues sur un mode ambigu par la malade. D'abord sur un mode érotique, renforçant la pensée fantasmatique de passage à l'acte amoureux entre Nanette et l'interne, manière dont l'équipe infirmière envisageait ces séances. Ces injections permettaient aussi à Nanette d'entretenir son flirt avec la mort, quelques années plus tard, elle demandera : "faites moi une piqure de DOLOSAL, je veux mourir".

A la mort de BERTORAT, le Médecin chef décide de prendre Nanette en psychanalyse et ceci dans une double optique de défi :

- défi théorique d'abord : il est possible d'articuler une psychanalyse à une pratique de psychothérapie institutionnelle ;

- défi doctrinal ensuite : il est possible de traiter n'importe quel malade à MAREL, ce qui a pour conséquence de refuser le rejet dans le cas de malades difficiles, dont on ne vient pas à bout.

En effet, c'est l'époque où Nanette suscite la peur chez les autres malades et où les infirmières pensent qu'il faudrait la changer d'établissement.

La démarche analytique se heurte bien vite à de nombreuses difficultés qui s'expriment de toutes parts. Les malades se plaignent de l'agressivité de Nanette mais, disent-ils, "elle a tous les droits." Ce sentiment est partagé par les infirmières "elle peut faire tout ce qu'elle veut, tuer quelqu'un, les médecins l'écoutent, elle peut demander n'importe quoi, elle est toujours écoutée, elle". Ainsi s'exprime le malentendu, la confusion entre l'écoute nécessaire à la cure et la permissivité.

L'hostilité, face à une entreprise thérapeutique dont elles sont exclues, fait que les infirmières contestent l'efficacité de cette démarche, "après sa séance, Nanette était anxieuse. Elle nous dit qu'elle voudrait être la fille d'une infirmière". Les internes n'osent pas toujours intervenir sachant qu'ils n'ont pas la responsabilité de cette malade, en dépit des affirmations contraires de son analyste.

.../

Un peu désemparé devant cette situation, un nouvel interne du service écrit : "Nanette verbalise actuellement que pour exprimer qu'il se passe une situation conflictuelle dont elle est l'objet et qui résulte de l'opposition :

- médecin-chef, psychothérapeute d'une part,
- équipe d'infirmières d'autre part,

sans que j'ai l'impression qu'il y ait une intrication entre les deux. Elle vit sa relation avec le psychothérapeute en faisant de lui un complice, contre les infirmiers."

Tous les incidents sont exploités par infirmières et internes. Un jour, le medecin-chef lui confie son trousseau de clefs. Elle en profite pour s'enfermer dans sa chambre et tenter de se pendre. La libéralité du psychothérapeute est vivement condamnée par le service.

Quant à ce dernier, il écrit, en 1968, dans un certificat, alors que l'avis des soignants du service est pessimiste quant à l'état de Nanette : " l'amélioration très notable sur le plan du comportement avec attitude coopérante au traitement rend possible la transformation du placement volontaire en placement libre".

Nanette est à la fois ravie de sa situation privilégiée de seule malade en analyse avec le chef de service, utilisant son pouvoir imaginaire pour menacer les infirmières de les faire renvoyer, et à la fois mal à l'aise, se défendant d'attaques non formulées, déclarant qu'elle ne couche pas avec son psychothérapeute.

Les derniers mois :

Sur son dossier, on ne trouve aucune information après aout 1969, en particulier rien concernant sa mort survenue sept mois plus tard.

En juin 1969, à la suite de discussions entre le médecin-chef et les équipes, il est décidé qu'une des séances duelles sera remplacée par une psychothérapie de groupe, réunissant huit malades, dont Nanette, des infirmières et l'interne. Nanette vit cette initiative comme un abandon de son psychothérapeute.

.../

En décembre 1969, Nanette blesse une infirmière du service, lui causant de multiples fractures. Le personnel infirmier met le chef de service devant l'alternative suivante :

- ou bien envoyer Nanette à Henri-Collin, nous ne pouvons plus la soigner,
- ou bien l'ensemble du personnel se met en grève illimitée.

A la suite de négociations avec les syndicats, on admet, de part et d'autre, un protocole d'accord en 4 points, qui stipule :

1°- la nécessite d'une présence régulière des médecins,
2°- la nécessite de coordination plus grande entre les différents soignants,
3°- le principe d'une formation permanente du personnel,
4°- la possibilité d'intervention des syndicats dans les réunions institutionnelles quand des problèmes de sécurité se poseront.

Au terme de cet accord, Nanette reste à Marel. Elle est maintenue pendant plusieurs semaines par une camisole de force. Puis, on la maintient la nuit, lui permettant de se promener l'après-midi.

Le 14 mars 1970, dans la nuit, elle meurt, 3 mois après "l'accident".

Une longue discussion est entreprise pour fixer la part de responsabilité de chacun. Pour les uns, la cause de la mort résulte d'un empoisonnement ou du trop long emmaillotage : c'est la responsabilité des infirmières qui est engagée. Pour d'autres, elle a dû présenter un accident somatique : les internes auraient dû la contrôler plus soigneusement. Enfin, certains ont pensé que sa mort était une conséquence indirecte de l'échec du traitement analytique. Il en est même qui ont attribué la mort à l'intervention des syndicats qui lui avaient rendu un arrêt définitif 3 mois auapravant.

Toutes ces discussions se sont déroulées dans un climat de persécution réciproque, où suspicions et accusations se jouent dans une atmosphère de rejet de la faute sur l'autre groupe. Là où précisément se posait avec acuité le problème de la coordination, seule dimension qui aurait permis une démarche thérapeutique conséquente, la seule qui ait manqué.

.../

En septembre 1970, Nicole, Stagiaire qui a travaillé pendant toute l'année à Marel comme institutrice, présente son rapport de stage à la réunion du collectif soignant de l'hopital.

Elle a connu Nanette et tente d'expliquer son destin tragique. Elle perçoit, dans le conflit, une simple opposition entre le Médecin-chef introducteur de nouvelles méthodes représentées par le respect de la libre parole liée à une démarche psychothérapique, et l'équipe infirmière habituée à un travail traditionnel.

Nanette symboliserait donc l'option du médecin-chef à laquelle résisterait l'équipe infirmière. De cette situation conflictuelle, Nanette serait l'enjeu.

Nicole se demande alors publiquement si la mort de Nanette n'était pas souhaitée par l'équipe infirmière.

Cette question entraîne une vive réaction offensée de l'ensemble des infirmières et, à la suite de cette dernière maladresse que certains apprentis sorciers de la manipulation de l'inconscient appellent Interpretation, à aucun moment on ne parlera de nouveau de Nanette, de son histoire et de sa mort dans les réunions institutionnelles.

En Mars 1971, moment ou nous commençons à étudier ce dossier, Solange, psychologue stagiaire, est intéressée par les relations entre psychothérapie duelle et institutionnelle. Informée de l'histoire de Nanette, elle tente d'en parler avec les infirmières du pavillon où elle avait été hospitalisée.

Elle se heurte à de grosses difficultés et obtient deux types de réponses. Des critiques violentes sont proférées à l'égard de la psychothérapie ou du moins de celle-là. Les fantasmes des années précédentes réapparaissent : "drôle de psychothérapie en chambre : c'était une tigresse et par dessus le marché elle couchait avec le patron".

D'autres infirmières quittent le bureau brusquement. "On en a assez parlé. Elle est morte, qu'on nous laisse en paix".

.../

Elle est morte, certes, et jamais, depuis septembre 70, on ne la deterrera. Mais est-on sûr qu'elle est bien enterrée ?

Nanette fut enterrée dans le cimetière de Marel. En juin 71, une de ses camarades s'étant rendue sur sa tombe pour la fleurir, nous fit la remarque que le nom de Nanette n'y figurait pas !

———

HISTOIRE DE BABIL

La fin de l'histoire que nous exposerons plus loin se déroule dans un hopital psychiatrique parisien, dans un service situé à la périphérie, et séparé de l'hopital par une petite route. C'est-à-dire qu'il se trouvait, ainsi qu'un autre service, en dehors des murs de l'asile, et ouvert vers la localité. En 1968, un mur rattachant ces services à l'hopital fut construit. Cette décision fut prise après qu'un malade eut blessé et entraîné la mort d'un médecin.

Actuellement, ces services ont donc un mur qui les sépare de l'extérieur et un grand pan de mur qui les sépare du reste de l'hopital.

A cette situation géographique particulière s'ajoute le fait que ces deux services fonctionnent suivant des méthodes et des principes qui se veulent être ceux de la psychothérapie institutionnelle, alors que l'ensemble des services qui constituent le corps de l'hopital, sont dits "traditionnalistes", ce qui est traduit par cette parole d'un infirmier se plaignant du manque de compréhension de ses collègues des autres services : "c'est comme si l'on parlait hébreu à des papous".

Le service dont nous parlons est constitué de deux baraquements préfabriqués conçus, à l'origine, en 1937, comme devant être provisoires, et devant recevoir chacun un maximum de 50 malades. Or, un pavillon en "contient" le plus fréquemment de 80 à 100, cela dans des conditions d'entassement certaines (matelas dépliés le soir, côte à côte, repliés le matin pour le passage, malades dormant dans les douches etc...).

Ce service, en principe "sectorisé" sur un arrondissement de PARIS, recevait aussi des malades d'autres arrondissements, ainsi que de nombreux hors secteur qui posaient un problème de prise en charge particulier : il s'agissait généralement de "grands chroniques", habitués du service, bien connus du "patron", et de ce fait, volontiers considérés comme "les malades au patron".

L'équipe médico-psycho-sociale partageait son activité entre le dispensaire d'hygiène mentale, où se faisaient les cures ambulatoires, les visites à domicile, post-cures, thérapies ... et l'hopital, de façon à assurer, malgré l'éloignement géographique, une certaine continuité de la prise en charge.

Cette équipe était traditionnellement divisée en deux sous-équipes, chacune constituée d'un médecin assistant, de deux internes, d'une assistante sociale, d'un psychologue, et d'infirmières déterminés. Ces deux sous-équipes assurent la prise en charge des malades à un niveau individuel (médicaments, thérapies, entretiens ...) et à un niveau collectif (groupes). Au moment des faits que nous décrivons, cet équilibre relatif était perturbé par l'adjonction d'un troisième médecin assistant ne disposant ni d'internes fixes, ni de psychologue, ainsi que par l'introduction de stagiaires psychologues, le tout occasionnant des difficultés d'intégration et d'articulation.

Le travail effectué était un travail d'équipe, c'est-à-dire, entre autre, que les conduites thérapeutiques étaient élaborées au cours de réunions, discussions, où infirmiers, médecins, psychologues et assistantes sociales se concertaient sur la conduite à tenir face à tel ou tel malade, ou à propos de tel ou tel problème particulier.

Témoins de ce travail, la multiplicité et la fréquence des réunions de groupe :

- groupes de sortie : sous-équipe plus malades, où sont débattus tous les problèmes relatifs à la sortie de l'hopital,

- groupes thérapeutiques : un groupe par interne auquel participaient un ou plusieurs infirmiers,et malades,

- réunions institutionnelles qui avaient lieu dans le pavillon entre infirmiers et malades. Ces réunions étaient suivies de post-réunions où se retrouvait l'équipe thérapeutique au complet et où se discutaient les attitudes des malades et de l'équipe soignante, discussion suivie par l'élaboration du planning de la semaine,

- réunions du personnel : réunion de l'équipe avec présence des assistantes sociales, et où l'on discutait généralement sur un thème proposé à l'avance, et concernant la marche du service (par ex. : caféteria, caïdat, sectorisation ...), ou exceptionnellement de certains malades posant problème à tout le service.

.../

SPITALISATION :

Monsieur Babil revient dans le service le 19 janvier 1969. Il est bien connu du personnel infirmier et du médecin-chef, c'est en effet sa quatrième hospitalisation dans le service, ses hospitalisations succéssives se déroulant toujours sur le même mode : difficultés d'insertion professionnelle, problème de logement ; on décrit sa vie à l'extérieur comme étant celle d'un "truand de petite envergure", le tout accompagné d'éthylisme. Lorsque ses difficultés s'accroissent, il développe des conduites agressives avec passage à l'acte plus ou moins violent, généralement sur la voie publique, ce qui lui vaut d'être alors "pris en charge" par la police et placé d'office dans le service où il retrouve ses habitudes en attendant la conversion de son placement.

Ce malade de 36 ans, originaire d'Afrique du Nord, vivant en France depuis de nombreuses années, sans domicile fixe, ne relève donc pas du secteur. Connu depuis une dizaine d'années du médecin chef, il appartient à cette catégorie de malades que l'on appelle "les malades au patron", statut particulier résultant du vécu de l'équipe plus que d'une attitude concertée du médecin-chef et de l'équipe. Ces malades étaient généralement de "grands chroniques", souvent délirants, aux hospitalisations fréquentes ou de longue durée. Ils étaient le plus souvent affectionnés par le personnel et objet d'attention.

Babil n'entre pas dans ces cadres du fait des symptomes qu'il ne présente pas : ce n'est pas un "grand fou" et du fait de son attitude dans le service, attendant sa conversion de placement, il ne participe pas, en apparence, à la vie institutionnelle, c'est-à-dire aux réunions, échappant au maximum à la prise en charge, alors qu'en fait, son mode d'insertion et les problèmes qu'il pose dans le service font qu'il est un élément important de la vie institutionnelle.

Certificats médicaux extraits du dossier :

Né le 3 octobre 1933. Cinq hospitalisations.

Epilepsie constitutionnelle avec troubles graves du caractère et violences à caractère conscient aboutissant à une véritable fureur. Crises convulsives espacées,

mais équivalents conscients aboutissant à des bagarres le rendant excessivement dangereux ... Réformé pour réactions violentes. Malade à surveiller spécialement vu le danger de ses réactions ... (Paris, le 8 avril 1959).

P.O. (14-11-60) :

Subconfusion chez un épileptique débile dégénératif. Semble avoir fait un état crépusculaire. A maintenir.

Certificat de sortie : (11-4-61) - Epileptique caractériel. Stabilisé par le traitement. Demande à sortir. Il y a lieu de lui accorder sa sortie.

P.O. (28-9-61) :

Exacerbation des perturbations caractérielles à l'occasion de difficultés de logement et d'insertion professionnelle. Traitement à reprendre en attendant de découvrir des conditions plus favorables.

Sortie (18-1-62) : Installation dans une forme de parasitisme hospitalier particulièrement franche. Recherche d'une insertion de type Kapo dans le service avec exigence anarchique de liberté de mouvement et refus de sortie tant qu'on ne lui a pas assuré un dépannage intégral de haut niveau. Expose sa volonté de faire du scandale afin de motiver un placement d'office pour retrouver le refuge asilaire... Sortie imposée à ce jour.

P.O. (6-8-68) :

... Accès d'agitation au cours duquel il a brisé un landau d'enfant sur la voie publique (sans que l'on sache si l'enfant était dedans), à l'occasion d'une ivresse.

Sortie (30-8-68) : Comprtement remarquablement amélioré. Conscience améliorée des nécessités d'auto-discipline.

P.O. (9-1-69) :

Bagarre dans un bar à la suite d'une ivresse. Vient ce jour en P.O. du

service de chirurgie de Sainte-Anne. Actuellement, est très calme et ne pose pas de problème.

Le 3-11-69 :

Toujours réfugié dans son personnage cynique. Toutefois, stabilisé à un niveau infiniment moins perturbateur que dans le passé. Dans ce contexte, le P.O. apparait nettement comme résultant d'une provocation tendant à réaliser le refuge hospitalier. Le principe de la prévalence dans ce cas de la cure ambulatoire ... se confirme.

Dans la première quinzaine de mars, des incidents ont lieu dans différents services de l'hopital et, bien qu'en apparence il n'y ait pas de relations entre les services, des incidents et une atmosphère comparable s'y développent.

Au début mars, dans l'autre service un peu extérieur, un malade poignarde un autre malade. Blessures superficielles, mais beaucoup de sang. Environ une semaine plus tard, dans le service voisin, un malade voulant se suicider avec un rasoir blesse superficiellement les infirmiers qui tentaient de l'en empêcher. Episode banal dans la vie à l'asile, qui prend une dimension tragique dans ce service où, un an plus tôt, un médecin psychiatre a été tué par un malade qui s'est ensuite donné la mort, réactivant ainsi ce que certains appellent "la dramaturgie asilaire".

Par ailleurs, et de façon parallèle, la tension monte dans le service où est hospitalisé Babil. Le problème du caïdat, toujours présent à l'état latent dans l'asile, se pose d'une façon aigüe, en relation avec l'accroissement du nombre des malades (94 le 14 mars 1969, alors que le baraquement est fait pour 50), c'est-à-dire en relation avec le développement de l'aspect concentrationnaire du service : entassement des malades, surcroît de travail pour l'équipe, particulièrement pour le personnel infirmier.

Dans ces conditions, les contradictions inhérentes au service et à l'équipe s'aiguisent et les conflits y éclatent. A cela s'ajoute en toile de fond le problème du départ du médecin-chef, départ dont la date n'est pas fixée, entouré d'une sorte de flou, ce qui accroit le climat d'incertitude et d'insécurité.

.../

Babil est à la fois le participant et le produit de cette tension pavillonnaire comme en témoignent des extraits du journal de bord des infirmières.

Extraits du cahier d'observations du personnel :

10-3-69 : Absent au repas du soir à 18 heures. Suite à des recherches effectuées, a été découvert pendu dans les douches de la transversale à 18 H 30.

Arrivé à 23 heures. Vu en garde. 1 Valium - 1 Mogadon. Par manque de place, nous l'avons fait coucher dans la transversale. Se réfugie de plus en plus dans les douches.

12-3-69 : Ne dort toujours pas. Il insiste pour voir son médecin. Malade excité. Serait-il possible de le traiter ?

13-3-69 : Toujours dans le même état. Ne dort pas.

Altercation vers 20 H 30 à la cafétéria. Ceux-ci (Babil et un autre malade) étaient,dans la soirée, en état d'ébriété +++. Babil a détérioré tout ce qui se trouvait dans la cafétéria. Médecin-chef prévenu. Les propos de Babil étaient plus qu'agressifs envers les malades et le personnel. Il a parlé de sortir son couteau et de se venger sur le personnel.

14-3-69 : Altercation au foyer. L'autre malade énervé, anxieux, ayant bu un peu, parlait de se défendre avec son couteau contre l'autre qui, dit-il, "est bien plus fort que moi".

Agité +++. Ne cesse de claquer les portes. A cassé un thermomètre. Etat d'ébriété +++.

- Suite à la bagarre d'hier soir au foyer, on ressent aujourd'hui au pavillon un climat d'insécurité et un malaise au sein des malades.

- Il serait bon de prendre des mesures disciplinaires afin d'apaiser les esprits. En particulier, pour les malades comme Babil qui jouent les caïds et qui relèvent davantage de la prison que de l'hopital psychiatrique.

En permission, "ne veut plus rester dans cette atmosphère pour l'instant".

Très agressif. A brisé une bouteille et a tenté de lancer une chaise sur ...

Un malade a trouvé un modèle en Babil.

3è équipe (veille) : 0 H 30 - Etat comateux avec sueur et désydratation. Appel de l'interne de garde qui prescrit l'arrêt des injections pour la nuit.

18-3-69 : 6 heures : décès de Babil.

Entre le 14 et le 18 mars 1969, rien n'est noté sur l'évolution du patient. Durant cette période, deux réunions ont lieu dans le service :

- Réunion institutionnelle du 15 mars :

Lors de la post-réunion, le problème du caïdat est soulevé sur le mode :"comment les neutraliser. Ils n'ont rien à faire à l'hopital ... seraient mieux en prison". On y évoque le médecin-chef à propos des "malades en placement d'office qui moisissent à l'hopital pendant des mois en attendant leur conversion", qui sont "innaccessibles" au traitement vu leur position fausse et qui viennent "renforcer le caïdat". Les problèmes au sein de l'équipe se manifestent sous forme de "prise de bec" sur des problèmes en apparence futiles : retard à la réunion, apartés traduisant la détérioration globale du climat.

Le problème des difficultés d'articulation du 3è médecin à l'équipe, ainsi que les problèmes avec les assistantes sociales sont soulevés, mais aucun élément de réponse n'est apporté ; la conclusion étant que vu l'hypothétique départ du médecin-chef et peut-être d'autres médecins, "il est préférable de ne rien changer dans cette période trouble".

- Réunion du personnel du 17 mars :

Un infirmier ouvre la séance en se plaignant du manque de solidarité et des divergences entre les soignants à propos de Babil et poursuit en disant que ce dernier "n'a rien à faire ici", critiquant les attitudes trop permissives des médecins face à certains malades et rapportant ces paroles d'un interne de garde qui, appelé pour Babil, aurait dit :"ici, c'est tout l'un ou tout l'autre, ou c'est la liberté totale, ou on les tue".

Une altercation assez vive s'ensuit entre plusieurs infirmeirs ayant des positions différentes quant à la disciplime : les uns disant que "avec le nombre de

.../

malades, ce n'est plus possible de travailler, nous ne voulons pas être des gardes chiourmes", les autres disant "vu le nombre de malades, on est obligé de passer par là si on ne veut pas y laisser la peau"...

Le médecin chef intervient alors en expliquant que, quand il y a crise, la parole est déformée, on ne sait plus qui a dit que ..., qui n'a pas dit que ..., et, à ce moment, chacun parle en disant "vous", et aucune critique n'est plus tolérée. Dans ce cadre, c'est la négation de l'équipe qui s'exprime alors, dit-il, que le problème est de voir pourquoi l'équipe a raté la prise en charge, pourquoi ce manque de concertation alors que c'est un malade connu qui pose des problèmes dans le cadre d'un service comme celui-là.

Réponse immédiate d'une assistante sociale : si c'est râté, c'est parce qu'il n'avait rien à faire ici ... il ne dépend même pas du secteur, on l'a pris pour faire plaisir au médecin chef ...".

Un médecin assistant parle alors des conflits qui existent dans tous les sous-groupes, ce qui provoque un accrochage violent avec une assistante sociale qui le traite de "Staline". Il poursuit en mettant l'accent sur le fait qu'il y a de plus de plus de prise en charge individuelle, et donc une appréhension plus fine de ce qui se passe, ce qui est d'autant plus difficile à assumer que cela suppose une concertation et une coordination toujours plus grandes, ces problèmes devenant particulièrement aigus quand le nombre de malades croit car, dit-il, la difficulté de communiquer croit alors.

Cette réunion se termine, laissant les esprits plus calmes, mais place à une insatisfaction. Un certain nombre de choses ont pu s'y dire, mais sans doute pas assez pour qu'une décision soit prise à propos de ce patient qui devait mourir le lendemain matin.

Certains aspects de cette mort sont restés obscurs. Deux ans plus tard, la rencontre avec un ancien assistant du service nous fournit l'occasion de repenser "à froid" l'histoire de ce malade.

Entretien avec un ancien assistant du service (26 mars 1971) :

- Question : Te souviens-tu de Babil ?

- Réponse : Babil ? Désastre ! ... silence ... je pense qu'il n'était pas dans mon groupe, ce ne devait pas être un malade du ... arrondissement ... Son nom ne m'est pas inconnu, c'est un malade dont on parlait pas mal et je crois que cela s'est mal terminé. Je ne sais pas s'il ne s'est pas suicidé. pendu, je crois... Je pense que c'est lui. Si tu me le décrivais physiquement, et si tu me situais un ou deux évènements de sa carrière psychiatrique, cela me reviendrait.

(Description physique. Malade hors secteur, classé dans la catégorie des malades au médecin-chef). Cela m'évoque un malade qui couchait dans la transversale. Nord-Africain, parlant bien le français. Sans doute un truc mixte du genre père ou mère français, et qui était relativement un meneur ... je me rappelle des difficultés qu'il avait eu avec une infirmière. Il faisait partie des malades suivis par ... (médecin-chef). Je ne l'ai jamais surpris en tant que malade : je n'ai jamais assisté à des phénomènes délirants, je pense qu'il présentait des troubles au niveau du comportement : impulsivité, agressivité. Je ne me souviens pas avoir eu de décisions à prendre en ce qui le concerne ... Ce serait plutôt dans le registre refus d'insertion sociale, passage à l'acte, peut-être ethylisme, mais au niveau de l'image que j'en avais, il n'a jamais représenté le "grand fou", jamais représenté l'image du grand psychotique délirant comme ... par exemple. Un type qui était toujours dans l'acte et je crois qu'il a eu des problèmes au niveau du leadership à la cuisine ou au bar.

Ton choix est particulier car tu as choisi quelqu'un de limite au niveau pathologique et qui finalement se situe dans un type de population qui n'a rien à faire à l'asile : pas de "folie" dont on se souvient, pas de production riche, mais type du petit délinquant.

- Question : Comment était-il pris en charge ?

- Réponse : Au niveau immédiat, je crois que la prise en charge du traitement immédiat était à ... (assistant) et ... (psychologue), et je crois qu'il a été dans un groupe thérapeutique avec Mme ... (infirmière). Au niveau de la prise en charge vraiment, j'ai des difficultés à définir ... Je le vois comme participant peu aux réunions ... Il avait, je crois, des moments de conformisme. Il ne semble l'avoir entendu

.../

lans une réunion sortie faire preuve d'un grand conformisne, nais je ne suis pas sûr ie cela.

- Question : Tu n'as dit que cela s'était mal terminé, peux-tu préciser ?

- Réponse : En premier, j'ai pensé qu'il s'était pendu ... Il y en a deux qui se sont pendus vers cette époque ... C'est lui qui s'est pendu, il me semble, mais je ne sais pas si j'étais encore là à cette époque ... C'est une nouvelle qui m'a été racontée, je crois, mais j'ai du mal à m'en souvenir ou alors est-ce que ce n'est pas une crise d'épilepsie brusque, un truc somatique brusque ... une sorte de laisser aller dans la mort, non, celui qui s'est pendu, ce n'est pas lui, c'est ...

Je ne sais pas si ce n'est pas finalement après que l'on en a discuté ... Je ne sais plus si c'est un souvenir direct ou raconté... Je crois que l'on pensait que c'était sa réponse à lui à un comportement agressif de notre part, si il n'y avait pas eu de la part de l'équipe thérapeutique une sorte de provocation à son égard ... Je pense que c'est cela, il me semble bien que c'est de lui qu'il s'agit ... une crise brusque, un coma, c'est arrivé dans le service et il me semble que c'est lui. Un truc du genre départ du thérapeute ou changement d'équipe ou refus de le laisser aller à l'ergothérapie, une histoire comme çà, de changement ou refus de notre part.

Peut-être la cafétéria aussi, on s'était aperçu que cela devenait le refuge des ethyliques, des caïds, cela doit correspondre à l'époque où l'on a mis les "plus fous" aux postes de reponsabilité à la cafétéria, pour en chasser les autres ... il y avait eu des histoires de caisse ... Je ne sais pas s'il s'agit de lui ou d'un autre... Mais on s'était aperçu qu'il n'y avait plus de possibilité d'accès à la cafeteria pour les fous : je dis "fou" par opposition à troubles du comportement. Après tout cela, on avait quasiment fermé la cafeteria, je crois qu'un assistant avait dit que s'ils voulaient aller boire, ils pouvaient aller dehors ... Je pense que ... a été dépossédé de son pouvoir qui était assez important.

- Question : Te souviens-tu de conflits particuliers à ce moment ?

- Réponse : Oui, c'était l'époque où circulait le bruit du départ du médecin chef. C'était aussi l'époque du grand pouvoir de ... (assistant) qui jouait le rôle du médecin-chef au niveau du quotidien, alors que ... (médecin-chef), était davantage dans son bureau et théorisait.

.../

Je me souviens de grosses difficultés avec les assistantes sociales, pour de multiples raisons, à force d'avoir voulu les faire partir de l'hopital pour qu'elles aillent sur le secteur, le dispensaire devenait une sorte de club et on le théorisait plus ou moins : elles ne voulaient plus leur chercher de logement, ne s'occupaient plus vraiment des papiers, etc, et on le théorisait en disant que les malades devaient se prendre en charge ... Moi, je le pensais, mais ... (assistant) le disait ... je ne souviens d'une enguelade ou une assistante a traité ... de Staline et lui de polichinelle...

- Question : Te souviens-tu de cette réunion ?

- Réponse : Très bien, oui... En fait, pas tellement, je me souviens de cet incident, mais je ne me souviens pas par quoi il était engueié ... Ce n'était pas à propos d'un malade, mais à propos de la participation des assistantes sociales au groupe ... de leur implication ... à moins que ce ne soit lors d'une discussion sur les alcooliques, il y en avait d'assez violentes à cette époque et l'on se demandait si l'on devait les laisser boire ou les foutre dehors.

- Question : Comment Babil est-il mort ?

- Réponse : Est-ce que ce n'était pas un week-end ? ... Il me semble qu'à cette époque, on a évoqué une faute technique ... Je ne demande jusqu'ou l'on n'a pas parlé d'attitude meurtrière ... Le médecin chef parlait de cela je crois ... Je crois que cela se disait au niveau de toute l'équipe, je n'ai pas de souvenir de réunion où les infirmiers auraient été exclus. Je pense qu'un médecin a été particulièrement agressé à ce moment ... Je crois que c'est ... mais dans un deuxième temps, je me demande si je n'ai pas participé. Quand on en a parlé, on a parlé de multiples responsabilités au niveau des hors secteurs.

Je me demande si je n'ai pas participé au coma en prescrivant des médicaments, il me semble qu'il y a eu des doses contradictoires et que l'on a tous participé à ce chaos ... ou qu'il n'a pas été dirigé assez vite vers un centre de réanimation ... quelque chose comme ça, peut-être que la décision a été longue à être prise.

- -=-=-

HISTOIRE D'ALAIN

PROPOS : LE CONTEXTE :

Le troisième récit a pour cadre un hopital de jour que nous appellerons TALS. Les faits qui s'y sont déroulés ont une allure moins dramatique que ceux relatés précédemment et issus d'hopitaux psychiatriques "plein temps".

Bien que l'histoire d'Alain échappe à la "dramaturgie asilaire", nous pensons qu'elle trouve sa place dans cette étude, car les problèmes qu'elle pose sont proches des deux premières.

L'hopital de Tals est géré par une association privée à but non lucratif qui contrôle, par ailleurs, un ensemble de structures sanitaires, en particulier des services de psychiatrie.

En raison de la centralisation de ce dispositif de soins à vocation nationale, le personnel subit une pression hiérarchique multiple, revêtant trois fromes :

1- une hiérarchie administrative représentée par l'"intendant".

2- une hiérarchie médicale représentée par des médecins psychiatres comprenant un médecin-directeur pour tous les services, assisté d'un sous-directeur supervisant lui-même les médecins chefs de groupe de service, puis le médecin chef de service ...

3- une hiérarchie para-médicale, dépendant de la première, mais vécue par les infirmières comme représentant un pouvoir autonome et composée d'une surveillante générale, aidée de quatre adjointes, elles-mêmes supervisant les infirmières responsables, sous responsables ...

.../

Il est extrêmement difficile de délimiter des fonctions précises à l'une de ces hiérarchies parallèles, chacune pouvant intervenir, et la plupart des membres du personnel dépendant de l'une ou (et) de l'autre, sans qu'on puisse dire qui est responsable.

Il existe un organisme centralisateur de toutes les informations concernant l'ensemble des centres de santé mentale.

Bien que des admissions puissent se pratiquer directement dans certains cas à l'hopital de jour, en règle générale, c'est l'appareil central qui adresse les malades à admettre.

La décision d'admettre un malade est prise une fois qu'un médecin et une ou deux infirmières ont eu un entretien, ou plusieurs avec l'intéressé, et en on discuté en réunion d'équipe. Ce sont les personnes présentes au premier qui resteront, sauf exception, les thérapeutes durant tout le séjour.

L'hopital de jour est ouvert de 9 à 17 heures, du lundi au vendredi, et de 9 à 13 heures le samedi ; les repas sont donc pris dans l'hopital, tant par les malades que par le personnel.

L'effectif des malades pris en charge pendant l'ensemble des heures ouvrables est fixé à une soixantaine ; d'autres viennent à temps partiel.

Le travail est dit "d'équipe"(une puis deux, étant donné l'accroissement du nombre des malades), regroupant tous ses membres en une réunion hebdomadaire.

Chaque malade est donc pris en charge par, outre le médecin, deux infirmières, une des infirmières pouvant être remplacée par un psychologue ou un ergothérapeute par exemple.

Il est vu dans la journée par ses infirmières et a des entretiens réguliers, ou à la demande, avec tous ses thérapeutes réunis.

C'est ce trio qui est l'élément thérapeutique propement dit, ou du moins vécu comme tel.

.../

Est surajoutée, plus ou moins mal, une prise en charge par l'ergothérapeute , le kinésithérapeute de l'équipe, ce qui peut se faire en groupe ouvert ou fermé, à jour et heure fixe, ou individuellement.

La vie instututionnelle est rencontrée au niveau d'un groupe hebdomadaire accueillant malades et personnel de toute une équipe.

L'ambiance oscille entre une certaine harmonie de fusion apparente et des périodes de conflits ouverts, en sachant que ces conflits sont toujours latents.

Ils prennent des formes diverses : la plus fréquente est celle se présentant comme une rivalité inter-équipe, pour en arriver souvent aux conflits au sein d'une même équipe.

A d'autres moments, ils s'exprimnt sous la forme d'un mécontentement parasyndical envers l'employeur, ou de la direction médicale.

Le masque qu'empruntent ces affrontements est quelquefois rationalisé par l'opposition apparente entre les options libérales et la référence à un "savoir", aux mains de techniciens vécus comme rigides et imbus de leur spécialité.

C'est souvent à l'occasion des difficultés d'insertion dans l'équipe de membres marginaux, que les problèmes se posent. A Tals, comme dans beaucoup d'autres lieux, seuls les médecins et les infirmières sont considérés comme thérapeutes compétents.

L'organigramme de l'hopital de jour prévoit un médecin-chef, deux médecins assistants, deux psychiatres en formation, deux psychologues, deux infirmières responsables, 12 infirmières, 3 ergothérapeutes, 1 sociothérapeute, 4 kinésithérapeutes, 1 assistante sociale, 4 secrétaires médicales, 3 réceptionnistes et 2 serveuses de restaurant.

.../

HOSPITALISATION D'ALAIN :

Les éléments qui suivent sont extraits du dossier de ce malade. S'y ajoutent des comptes-rendus de réunions, ainsi que des entretiens spontanés ou provoqués.

Les entretiens résultent de la prise en charge de ce malade par Françoise, qui réunissait, à cette époque, la double caractéristique d'être employée comme secrétaire à l'hopital et "psychologue en formation" à l'université.

Françoise, qui n'a pas statut de soignant, va devenir la psychothérapeute d'Alain. Nous reproduirons, à maintes reprises, la manière dont Françoise a vécu cette relation privilégiée.

Alain est adressé à l'hopital de jour en décembre 1970, à la demande du Docteur Viot de l'Hopital d'Arteuil :

"Je pense qu'un établissement du type dont vous vous occupez serait très bénéfique au jeune Alain, âgé de 27 ans, qui est actuellement hospitalisé chez nous pour un état dissociatif masqué derrière des rites obsessionnels (vérifications incessantes à la fois sur le plan de l'espace, des objets et du langage, questions anxieuses sur les mots et leur sens, conduites d'évitement), le tout aboutissant, après des problèmes compliqués, à un certain apaisement de l'angoisse. Mais, en dehors de ces mécanismes, il n'y a aucun investissement réel.

Il s'agit d'un sujet intelligent qui ne peut, actuellement, ni entreprendre l'analyse qu'il a commencé, ni continuer son activité intellectuelle et professionnelle (surveillant dans un lycée en continuant ses études). Il a déjà fait deux tentatives d'autolyse dans le passé.

Je crois que dans ces conditions il serait bon qu'après une cure neuroleptique à hautes doses ici (Nozinan-Neuleptil), il puisse rapidement être pris dans votre établissement en hopital de jour".

.../

L'ADMISSION :

Il est vu, pour la première fois, peu avant les fêtes de Noël, par le Docteur Barus et une infirmière Mademoiselle Robert. En fin d'entretien, il est fait appel à Françoise pour une question médico-administrative. On précise à Alain que c'est à lui de décider de son entrée à l'hopital de jour, et qu'il communiquera à Françoise la date qu'il aura choisie.

En fait, l'hopital d'Arteuil est prêt à le transferer dès le lendemain. Françoise fait alors quelques réserves étant donné que cette période de fêtes n'est sûrement pas la meilleure pour favoriser l'intégration d'un patient.

Néanmoins, après quelques coups de téléphone, son admission est fixée entre le week-end de Noël et celui du Nouvel An.

Le 30 décembre 1970, il entrera donc à l'hopital de Tals, et sera vu par le médecin présent, le Docteur Henri, et l'infirmière responsable de l'équipe du Docteur Barus, Madame Omer.

Cette première journée se passe bien : il se montre détendu, souriant, explorant l'hopital de jour.

Il est surtout très heureux de retrouver Françoise ; va lui tenir compagnie à l'atelier de poterie et manifeste le désir de participer à cette activité.

TOIRE DE LA MALADIE :

Le début des troubles semble remonter, au premier abord, à l'âge de 16 ans, la mère ne rapportant aucun trouble avant cette période, et insiste, au contraire, sur l'entrain, l'enthousiasme de l'enfant, sa rapidité à prendre des décisions et à les réaliser.

A partir de l'âge de 16 ans, (1959), diminution de l'entrain, de l'intérêt. A tendance à rester plus à la maison, éprouve des difficultés pour ses études. Il semble que la première tentative de suicide se situe à l'âge de 19 ans ; il se taille

les veines du poignet droit, mais il n'en parle absolument pas, faisant remonter ses troubles beaucoup plus tardivement.

Sa deuxième difficulté importante se situe à l'âge de 20 ans, où il n'arrive pas à réaliser son désir d'habiter dans un studio, loin de ses parents, alors que ceux-ci se disent d'accord avec cette idée, et sont prêts à l'aider, Alain gagnant déjà sa vie et pouvant donc faire face à son désir d'autonomie. En réalité, Alain relate que ses parents n'étaient peut-être pas tout-à-fait d'accord et même "ils pensaient que je n'en étais pas capable".

Il entreprend une licence d'anglais et là se situe un autre épisode dépressif avec tentative de suicide médicamenteuse (1966) ayant entraîné une hospitalisation en clinique. Après avoir redoublé la première année de licence, il la termine et commence le C.A.P.E.S. qu'il n'a pas réussi. Entre temps, son état est toujours plus ou moins dépressif et il se plaint d'obsessions sexuelles, d'obsessions du comportement (ne peut quitter un lieu sans s'assurer qu'il n'a rien laissé derrière lui), et d'incapacité à sortir de chez lui pour mener une vie normale.

Devant les difficultés du C.A.P.E.S. qu'il ne peut surmonter, et la persistance douloureuse de ses obsessions, il fait une troisième T.S. médicamenteuse en 1970, qui l'amène à l'hopital de BERE où il est resté 3 mois environ, puis en maison de repos jusqu'au mois de septembre. Il reprend alors son travail pendant une quinzaine de jours. Mais, son état se dégrade très vite. Il est repris par ses angoisses et ses obsessions et tombe pratiquement dans un état catatonique qui amène l'hospitalisation à Arteuil, service de neuro-psychiatrie, en octobre 1970. Il y subit une neuroleptisation importante qui calme ses angoisses, le rassure énormément, et c'est alors qu'il est envoyé en post-cure à l'hopital de jour de TALS.

(A noter, d'après les dires de la mère, qu'alors qu'il souhaitait toujours sortir "trop vite" de l'hopital, cette fois-ci, il s'y sent très bien, extrêmement sécurisé, et ne manifeste plus aucun désir de sortir de son "refuge").

PREMIER INCIDENT :

Le lendemain de son entrée, tout en l'accueillant le matin, Mme Omer lui fait part de la petite fête qui aura lieu l'après-midi (en l'honneur du Nouvel An).

.../

Il passera toute la matinée, l'air sombre, assis sur un fauteuil du salon. Durant le repas, il ne semble pas parler avec les autres malades, mais se retournera fréquemment, avec une certaine attente anxieuse, vers la table de Françoise, jusqu'à ce que, restant seul, il se verse, après le café, un grand verre de vin qu'il boit de façon ostensible, provocatrice (?), puis quitte sa place après un long et très visible rituel de vérification.

Tout le monde étant réuni au salon, on organise l'après-midi "dansant" pendant lequel, très mal à l'aise (anxieux et plus ou moins ivre), il refuse énergiquement d'entrer dans le groupe malgré de multiples sollicitations. Il boit de façon ostensible plusieurs coupes de champagne jusqu'à ce qu'une infirmière, qui ne le connait pratiquement pas, Mme Faure, puisse intervenir directement, contrairement aux autres, l'empêchant de boire la coupe qu'il vient de se verser, et lui propose d'aller s'allonger à l'infirmerie avant de rentrer chez lui. Il sera accompagné, un bout de chemin du retour par Françoise, sans que ce soit là l'objet d'une décision d'équipe.

Françoise résume les évènements :

" C'est-à-dire que pendant toute cette journée, son comportement manifeste une demande importante et une anxiété, un malaise évident qui se communique aux soignants. La non-intervention est alors explicitée à plusieurs niveaux, suivant les personnes de l'équipe :

- on ne se sent pas concerné car"ce n'est pas non malade",

- malgré un désir d'intervenir, il y a un blocage dû au statut de "non-soignant" (secrétaire),

- il y a une barrière crée par la réflexion diagnostique du médecin : "c'est un hystérique" ; les regards qu'il lance constamment vers les soignants sont-ils charmeurs ou expriment-ils une demande d'aide ?

Il est à noter qu'un certain dépassement de ces problèmes est permis à partir du moment où ils ont pu être verbalisés et discutés en groupe. Néanmoins, les interventions qui ont lieu étaient, incontestablement, trop tardives et, malgré la demande implicite du malade, aucune réponse ne lui a été donnée, induisant de ce fait le passage à l'acte comme seule possibilité de se faire entendre."

.../

PERIODE INTERMEDIAIRE :

Le lundi matin, le Médecin d'Arteuil informe l'équipe que, pendant le week-end, les parents l'ont fait réhospitaliser car il restait constamment au lit, ne se levant que pour les repas. Il est convenu, avec ce médecin, qu'Alain reviendra aussitôt à l'hopital de Tals tout en ménageant une période transitoire pendant laquelle il rentrera le soir à l'hopital d' Arteuil et non chez ses parents.

Françoise reprend le récit de ce début de semaine :

" La prise en charge est alors assez floue, laissant le patient déterminer, aussi librement que possible, quelques choix de personnes (soignantes et soignées), d'activités. En fait, il a beaucoup de mal à s'insérer, passant toutes ses journées cloué dans un fauteuil, montrant un masque anxieux qui paralyse toute approche, mais d'où éclate toujours ce même regard d'une vivacité surprenante et qui est ressenti comme une recherche de contact.

Une explication du passage à l'acte est recherchée au cours d'une discussion groupant Mme Omer, Melle Robert et moi-même. La première parle de "vertige" devant la grande liberté et la vie quasi-normale de l'hopital de jour, après la régression sécurisante dans laquelle il s'était réfugié précédemment. En fait, cela ne nous donne pas vraiment satisfaction".

Au cours d'un entretien individuel avec Melle Robert, cette dernière exprime une certaine culpabilité devant la non-réponse à la demande du malade et d'avoir ainsi favorisé ce passage à l'acte. Il est abondamment parlé des défenses névrotiques, et surtout du risque de psychose évident. Il est inconcevable de laisser évoluer la situation telle qu'elle est, un second passage à l'acte étant alors à redouter. Une prise en charge étroite parait nécessaire. Françoise fait part de son désir de l'assumer avec elle, ce en quoi Melle Robert est d'accord, ainsi que le Docteur Barus à qui elles en parlent à ce moment : "c'est très bien d'avoir des envies thérapeutiques".

.../

PRISE EN CHARGE :

Dès le lendemain de cette discussion, le patient sera vu par son médecin, le Docteur Barus, l'infirmière qui l'a vu la première fois, Melle Robert, l'infirmière qui l'a vu la seconde fois, Mme Omer et Françoise. Au cours de cet entretien, le patient verbalise, entre autre, sa difficulté à s'exprimer devant tant de personnes (un médecin, deux infirmières et une secrétaire).

Françoise poursuit : " Cette idée sera immédiatement reprise par le Docteur Barus au post-groupe, en l'absence d'une des infirmières, Melle Robert. Il demande très précisément que nous nous arrangions pour que l'une d'entre nous n'assiste plus aux entretiens. Mme Omer décide d'emblée de se retirer car c'est Melle Robert qui a eu le premier contact. Par contre, je remarque que ma place n'est par remise en cause, ce qu'on justifie par l'attachement du patient à ma personne (bon contact et recherche d'une relation privilégiée).

J'exprime alors mon impression de prendre la place d'une infirmière car je ne suis pas officiellement soignante et cela me pose un problème vis-à-vis des autorités (et ce d'autant plus que la surveillante générale m'a rappelée, il y a quelques mois que je n'étais pas payée pour faire de l'ergothérapie, et moins encore de la psychologie, mais du secrétariat). Le Docteur Barus verbalise que c'est là mon problème et que je peux être aussi thérapeutique que n'importe qui, qu'on devrait considérer également le rôle thérapeutique de la cuisine et de la réception. De toute façon, si l'équipe est d'accord, la direction n'a pas à intervenir.

Madame Omer et moi-même, sans le Docteur Barus, faisons part de cette discussion, remettant le choix de l'exclue au lendemain. Il ressort qu'aucune de nous n'a envie de se séparer et cette nécessité est remise en cause, le parallèle étant fait avec l'autre médecin de l'équipe qui travaille avec deux infirmières et une psychologue.

Néanmoins, le lendemain, il est décidé (non sans culpabilité), que la prise en charge ne sera plus assumée que par Melle Robert et moi-même. Mme Omer le verra moins, comme tous les autres malades de l'équipe dont elle ne s'occupe pas directement."

.../

Qu'elle est alors la position de l'équipe vis-à-vis de cette situation ?

D'un entretien avec une infirmière de l'équipe, qui ne s'en occupe pas, il ressort que "c'est le genre de malades qui attire beaucoup de monde et suscite des conflits, des rivalités" et plus tard, "il y a des malades qui ont une très grosse demande, ce qui angoisse le personnel et provoque le rejet. Il faut être très motivée pour s'occuper de ces malades, on ne peut pas nous les imposer."

A partir de ce moment, Françoise rencontre Alain, au moins une heure par jour, en tête-à-tête dans le salon. La première rencontre matinale se fait, "comme par hasard" dans l'autobus qu'ils prennent à la même heure, ce qui semble avoir une certaine importance.

"Je le retrouve ensuite soit pendant la matinée, [redacted], soit dans le courant de l'après midi, voyant où il en est à l'heure présente, et abordant peu à peu ses problèmes personnels. Melle Robert et Mme Omer bavarderont quelque peu avec lui, mais d'une manière beaucoup moins fréquente et plus superficielle."

Il faut remarquer que l'insertion d'Alain est toujours difficile dans l'hopital de jour. Il a peu de contact avec les autres malades, mais est connu par presque tous. S'il a un bon contact en relation duelle, il lui est impossible de participer activement à un petit groupe, bien qu'il soit très présent. Quant aux activités proprement dites, on peut très vite les énumérer : une partie de ping-pong avec un autre malade, une présence au groupe hebdomadaire de l'équipe, au "groupe-musique" et un quart d'heure de poterie le dernier jour. Il y a eu quelques velléités de sortie (piscine, sport au bois de Boulogne, cinéma), mais qui n'ont jamais abouti par "manque d'interêt"dit-il. Il accepterait d'y participer si françoise l'accompagnait, ce à quoi elle ne peut répondre faute de disponibilité.

Celle-ci continue à nous parler d'Alain :

" Il continue donc à passer ses journées sur un fauteuil du salon où on est "obligé" de le voir, mais d'où, également, il ne peut manquer de voir nos allées et venues, dont il est d'ailleurs très au courant. Il semble attendre qu'on vienne vers lui, mais avec une certaine ambivalence : " cela m'a fait plaisir quand je vous

.../

ai vu venir vers moi, mais ...", ambivalence qui disparaitra peu à peu, ne faisant verbaliser que le plaisir que je sois avec lui. Il insiste d'ailleurs beaucoup sur cette relation privilégiée, me reprochant de ne pas avoir été le voir, même si les deux infirmières se sont relayées presque tout l'après-midi auprès de lui.

Au cours d'une discussion entre soignants de l'équipe, il est dit que toute son attitude est ressentie comme une attente de moi-même. Par exemple, après la poterie : "il ne s'est pas lavé les mains comme pour te les montrer" ...). Nous en arrivons à la verbalisation qu'il est beaucoup mieux depuis que je m'en occupe (il est en effet plus détendu et souriant), mais "il va te bouffer"."

A partir de ces quelques lignes, on pourrait aborder le problème du malade-propriété d'un soignant et de toute l'ambiguité que cela introduit. En effet, c'est peut-être une façon de se débarrasser d'un malade "difficile" qu'on comprend mal ou pas, et qui angoisse. Parallèlement, une relation privilégiée s'est établie, à la demande du malade qui, après avoir été mis à l'écart par les autres soignants les rejette plus ou moins avec "son contact très difficile", ce qui est assez mal supporté.

A propos de ce cas, nous avons pu aborder le problème avec plusieurs infirmières qui l'ont, toutes, vécu précedemment dans l'institution. Elles ont évoqué leur gène à s'occuper d'un malade que ne leur était pas attribué par crainte de "marcher sur les plates-bandes" des soignants officiels. Cela peut même aller jusqu'à l'abandon quasi total d'un malade en l'absence de ses soignants car les autres, même au sein d'une équipe, ne se sentent pás directement concernés.

De même, on exprime la gène de s'introduire dans un duo soignant-soigné, mettant en évidence certains fantasmes plus ou moins en rapport avec la scène primitive.

Finalement, l'accent est mis sur les interdits qu'on se pose soi-même dans tout l'hopital, mettant en doute le vécu de ces interdits comme venant de la hiérarchie et de l'autorité.

Il faut remarquer, d'autre part, que toute l'attitude d'inertie d'Alain est, dans l'ensemble, très mal supportée par les soignants chez qui elle provoque

.../

une certaine anxiété qu'on tente de réduire par de multiples sollicitations pour "qu'il fasse quelque chose", sollicitations vis-à-vis desquelles il répond systématiquement par des promesses jamais réalisées. Il apparait, surtout pour l'autre équipe, qu'il n'est pas pris en charge puisqu'il ne fait rien, et on éprouve le besoin de demander des justifications aux personnes qui s'en occupent.

Celles-ci, à plusieurs reprises, demandent à ce qu'on respecte cette inactivité. En effet, dit Françoise :"il tentait continuellement de nous mettre en situation d'impuissance, tant par son (in) action que par ses dires, "vous ne pouvez rien pour moi, pourquoi vous occupez vous de moi, ...". Il nous semblait donc important de lui permettre d'exprimer ainsi son agressivité et tester notre attachement et notre acceptation de lui-même.

DEUXIEME INCIDENT :

Environ un mois après son entrée, la veille d'un week-end, en début d'après-midi, l'infirmière responsable supportant mal que ce soit Françoise qui s'en occupe (ce qu'elle a verbalisé à sa collègue responsable, Mme Omer) et plus encore qu'il reste dans un fauteuil, va donc le voir et s'inquiéter de son sort. Il lui fait part de son anxiété et demande un tranquillisant. Françoise :" Cette infirmière vient nous prévenir et il est décidé, avec Mme Omer et Melle Robert, que je vais le voir, mais qu'aucun tranquillisant supplémentaire ne lui sera donné dans l'immédiat. L'infirmière éprouve le besoin d'aller lui faire part de notre décision et de lui annoncer elle-même mon arrivée.

En fait, il me verbalise sa crainte de quitter l'hopital de jour à 16 heures et ce, en rapport avec une sensation d'abandon, ne supportant absolument pas la séparation du week-end, " ce n'est pas la peine que je vienne demain car vous je n'ai rien à y faire". Je passe la fin d'après-midi avec lui, ce qu'il apprécie fort, et le quitte alors qu'il est beaucoup plus détendu. Néanmoins, ses fantasmes sont réactivés quand, le quittant, je suis interpellée par un autre malade. Quelques minutes plus tard, la psychologue de l'autre équipe, à qui il vient de faire part de son nouveau malaise, ne le réadresse en pleine crise d'angoisse, extrêmement dramatique. Après une phase de sécurisation, pendant laquelle il cherche à me culpabiliser de le laisser "dans un tel état" et à me retenir à tout prix, je l'entraîne vers l'autobus que nous prenons ensemble."

/

DERNIERE SEMAINE :

Durant le week-end, il essayera à nouveau à se faire réhospitaliser par l'intermédiaire de ses parents, suivant le même scénario que lors du premier incident. Mais le médecin d'Arteuil, avec qui l'hopital de jour prend contact, l'y renvoie, ce qu'il fait dès mardi, souriant et détendu, accompagné de ses parents qui étaient invités à une rencontre générale.

Françoise :"Nous remarquons que cette crise d'angoisse et cette tentative de réhospitalisation n'était, semble t-il, directement destinée et que seules Mme Omer et moi-même se sont inquiétées de lui (coups de fils aux parents et au Médecin d'Arteuil, fantasmes de suicide ...), Melle Robert n'étant pas "dans le coup", ce en quoi elle est tout-à-fait d'accord. Quant au médecin, le Docteur Barus, nous avons nettement l'impression qu'il se désintéresse de la situation, nous laissant face à toutes les responsabilités.

Au cours de la réunion du personnel de l'équipe, nous remarquons que le nombre de malades psychotiques s'hystérisant va croissant et nous faisons le rapprochement entre le malaise institutionnel et les problèmes de réorganisation qui préoccupent le personnel.

Nous avons donc un entretien avec la famille, notant encore que Melle Robert n'est pas présente (elle était occupée avec un autre malade). Le docteur Barus s'étonne que nous n'ayons toujours pas résolu le problème de savoir qui, de Mme Omer ou de Melle Robert s'occupait d'Alain.

Je reprends avec Mme Omer et Melle Robert le problème de l'exclue et tente de susciter l'agressivité de Robert qui me semble latente, verbalisant que dans le fond, mon approche d'Alain la gène peut-être, ce à quoi elle répond en se dévalorisant, "je ne serai pas capable d'en faire autant, d'ailleurs, il est très accroché à toi et puis, tu es psychologue, tu es sa psychothérapeute", ce qui nous semble être une rationalisation pour justifier mon rôle thérapeutique.

Le lendemain, il ne semble pas trop mal et après un entretien d'une heure environ, il accepte, pour la première fois, mon invitation à aller en poterie où je vais le présenter à l'ergothérapeute de l'équipe.

.../

Avant qu'il n'aille à l'atelier, il est discuté avec Melle Robert et l'ergothérapeute de la nécessité que je l'accompagne, du moins dans un premier temps. Melle Robert et moi-même sommes assez ambivalentes, voyant avantages et inconvénients possibles aux deux solutions. L'ergothérapeute tranchera de façon catégorique : il ne s'agit pas de mélanger les rôles, je récupérerai ce qui s'est fait en poterie à un autre niveau, plus psychothérapique.

Il passera donc une partie de l'après-midi en poterie où il réalise un objet avec un vif plaisir semble t-il, et manifeste son désir d'y retourner le lendemain.

C'est le jour de la réunion d'équipe où les malades abordent le problème des responsabilités ou de l'autoritarisme (recevoir des ordres), et du problème de faire quelque chose pour quelqu'un, du droit de le faire.

A partir de cela, en post-groupe, est repris le problème de la responsabilité qui est, pour le Médecin, et l'infirmière, les autres étant vécus comme irrésponsables.

J'en profite pour faire part des pressions subies par Mme Omer de la part de la hiérarchie parallèle (infirmière responsable de l'autre équipe) parce que je m'occupe d'Alain, Mme Omer reprend qu'en effet elle s'est sentie "obligée de me couvrir".

Le Docteur Barus est plus ou moins mis en accusation et il lui est reproché de ne pas nous avoir aidé, d'avoir été indifférent à ce qui se passait. Il précise alors qu'il a pris la responsabilité que je sois la soignante d'Alain, ce qui est accepté officiellement par toute l'équipe.

L'autre médecin de l'équipe remarque les contradictions de son collégue "tu as de belles théories, mais tu ne les mets pas en pratique" et le peu d'aide qu'il nous a apporté. Il s'avère donc nécessaire de régler ce conflit pour permettre à cette relation privilégiée de continuer à exister, sous peine d'en faire pâtir le malade. Nous décidons d'en reparler devant la direction médicale, au cours de la réunion regroupant tout le personnel de Tols".

.../

A noter le fantasme attaché à la personne du psychothérapeute, de la psychologue, exprimé sur un mode ironique, à partir de la justification de Mme Omer : "c'est Françoise qui s'en occupe car elle prend le bus avec Alain" et que font-ils dans le bus ?

VISITES A DOMICILE :

Le lendemain de sa journée poterie, la mère téléphone pour prévenir qu'Alain ne veut pas venir à l'hopital de jour, ce que l'équipe aceepte afin de le"laisser souffler". Le vendredi, même refus, et, à l'approche du week-end, Melle Robert et Françoise vont le voir à domicile. Il est au fond de son lit et refuse d'en sortir (dans une relation de force à son père, semble t-il), mais promet de venir le lendemain, samedi matin, ce qu'il ne fera pas.

Françoise s'inquiète :"J'en parlerai le samedi avec le Docteur Barus, mettant l'accent sur cette situation bloquée et de l'avantage qu'il y aurait eu, au sortir d'Arteuil, qu'il aille à VARAS (x), afin de se socialiser dans un milieu plus sécurisant que l'hopital de jour. Faire ce transfert actuellement nous semble jouer le jeu des parents et participer à l'échec d'Alain. Nous évoquons également la nécessité de proposer une prise en charge aux parents (groupe de familles qui se fait à l'hopital de jour).

Après le week-end qu'il a encore passé au fond de son lit, se levant juste pour manger, nous retournons le voir avec le Docteur B..., il nous fait part de sa peur de retourner à l'hopital de jour et nous lui proposons l'hospitalisation à Varas, ce qu'il accepte, ainsi que le père.

Nous nous justifions de cette décision en reprenant les arguments de la discussion précédente. Néanmoins, cette hospitalisation est vécue comme un échec et un abandon du malade. A noter que nous sommes pourtant rassurés de l'avoir fait quand, en rentrant à l'hopital de jour, nous apprenons le suicide de deux de nos malades (dont celui qui m'avait interpellée avant la crise d'angoisse d'Alain !)".

(x)- Hopital psychiatrique "plein temps" dépendant de la même association que Tals.

-=-=-=-

LES ALCOOLIQUES

Ce sont les problèmes posés par cette curieuse catégorie de la nosographie moderne (x) que nous allons traiter. Du moins ceux qui séjournaient en 1971 dans un service de l'hopital psychiatrique public de Verdur.

ANISATION DE L'HOPITAL :

Il comprend plusieurs services autonomes, auxquels s'ajoute un dispositif sociothérapique commun à l'ensemble des services appelé : le centre social.

Ce dernier est assez bien équipé. On y trouve une caféteria, une bibliothèque et un ensemble de salles servant aux réunions, au théatre et au sports. C'est aussi dans le centre social que fonctionne l'ergothérapie dite centrale. L'ensemble des produits fabriqués par les ateliers (ferronnerie, poterie, dessin) est vendu au magasin, accessible aux familles de malade, et aux autre visiteurs de l'hopital.

Un journal, diffusé dans tout l'hopital, est écrit dans le service où se situe notre étude.

NISATION DU SERVICE :

En 1971, il est composé de quatre pavillons.

Les deux premiers, dits d'admission, reçoivent les entrants.

.../

(x)- signalons à ce sujet les propos d'une assistante sociale qui travaille dans un secteur psychiatrique de la région parisienne nouvellement mis en place : "C'est pas difficile, pour les hommes, les deux grandes catégories de malades qu'on hospitalise sont les alcooliques et .... les arabes !"

Le troisième reçoit les vieillards et autres malades considérés comme chroniques.

Le quatrième , [redacted], est réservé aux malades alcooliques, ceux présumés dangereux aux termes de la Loi de 1954 et les tous venants du secteur.

Chaque pavillon reçoit 50 malades répartis en deux unités de soins; les femmes au 1er étage, les hommes au 2è. Le rez-de-chaussée est occupé par des salles communes aux deux unités de soins: salle à manger, de séjour, cuisine, ainsi qu'une salle réservée à l'ergothérapie dite pavillonnaire.

Pour une unité de soins de 25, l'effectif infirmier correspond à deux équipes de 6 infirmiers (es). Le "roulement" entre matin et après-midi se pratique toutes les quinzaines.

VIE DANS LE SERVICE :

Après une période où le service fonctionne selon les principes de la psychothérapie institutionnelle, avec un ensemble d'activités servant de lieu d'échanges, repris au niveau de multiples réunions, un nouvement général de refus des soignants fait abandonner ce mode de rapports considérés par certains comme trop formalisés.

Le médecin chef délègue ses fonctions thérapeutiques à un assistant. Il subit une pression de la part des internes et psychologues "ici c'est informel, les échanges existent mais dans les couloirs, à la cafétéria. C'est même autour d'un verre pris avec les infirmiers que des décisions importantes peuvent être arrêtées".

Les réunions sont donc inexistantes pendant cette phase. De leur côté, les infirmiers, bien qu'ils trouvent qu'on y perd son temps, aimeraient bien débattre, avec le médecin chef, certains problèmes posés par les malades.

Quelles perspectives de traitement sont alors données aux malades ?

.../

Ceux qui le peuvent sont envoyés à l'ergothérapie "noble", au centre social. Ils ont aussi la possibilité de travailler au jardin. Reste l'ergothérapie pavillonnaire. Mais le personnel est désabusé. "Dès qu'on entreprend quelque chose, au bout d'un moment ça tombe. On vous met toujours des batons dans les roues". De toutes manières, on ne rencontre que peu d'adeptes parmi les malades, pour ce genre d'activité, surtout dans le pavillon des alcooliques qui se signalent par leur inactivité notoire.

E NOUVELLE IMPULSION :

Un nouveau médecin chef est nommé : il intervient pour imposer un nouveau mode de fonctionnement.

Le pavillon des vieillards est mort. De plus, il sert de lieu disciplinaire. Les malades posant des problèmes à l'équipe soignante y sont envoyés. Ce sont les infirmiers les moins gradés qui y travaillent.

Une interne traverse un épisode dépressif. On juge qu'alors "sa relation au malade n'est pas souhaitable" et on la mute du pavillon d'admission au pavillon des vieillards.

Le médecin chef demande aux infirmiers de transformer un étage du pavillon pour la reception des entrants. De la même manière les alcooliques seront reçus dans les pavillons d'admission. De plus, il demande que l'on relance l'ergothérapie, "le travail doit être le support d'échanges sociaux, il serait bon que vous la fassiez avec les malades".

Ayant pris seul des décisions réprouvées par les équipes soignantes, il institue deux réunions hebdomadaires.

L'une réunie les soignants. On y parle des problèmes de sortie et de réinsertion socio-professionnelle. On y évoque aussi les questions liées à l'ergothérapie. Toutes les difficultés sont attribuées à la présence des alcoolique dans le pavillon d'admission.

.../

"Ils ne veulent rien faire. Ils se satisfont de leur inaction et constituent un groupe d'opposants. Ils passent leur temps à dormir ou à jouer aux cartes, ou ils monopolisent une activité au détriment des autres. Ils ne s'interessent pas à la vie du pavillon ".

De toutes manières, les infirmiers expliquent qu'ils ne peuvent pratiquer l'ergothérapie avec les malades," nous ne sommes pas assez spécialisés, pas assez nombreux, les locaux ne sont pas suffisants et puis, vous comprenez, si nous on se coltine le travail avec les malades, eux, ils ne feront rien !".

Le chef d'unité de soins des hommes s'oppose à la distribution du pécule par les malades, à cause de la présence des alcooliques. Ces derniers, d'ailleurs, lors de l'autre réunion hebdomadaire, celle-ci soignants - soignés, interviennent pour démontrer l'inefficacité thérapeutique des activités qui leur sont proposées.

C'est pour remédier à cette situation qu'une interne et une psychologue stagiaire mettent en place un groupe psychothérapique destiné aux alcooliques.

GROUPE DES ALCOOLIQUES :

La création de ce nouveau lieu de parole se heurte à la méfiance et au septicisme du personnel infirmier. Monsieur VELIN, dont nous aurons l'occasion à multiples reprises de rapporter les paroles, commente l'évennement : "ça avorte toujours; les alcooliques, c'est comme ceux qui fument, ils vous racontent des histoires ... ils sont insolents ... ils sont incurables ... vous voyez ça avec votre théorie, s'il fallait que vous les supportiez tous les jours ! ... Ce ne sont pas des malades intéressants, ils nient la réalité. Le type de malade interessant, c'est Marc. Avec lui, on peut discuter. Il ne pose pas trop de problèmes dans son comportement".

Signalons que les deux malades préférés des infirmiers sont Marc et Albert, deux "schizophrènes", qui n'ont que très peu de rencontres avec eux, et qui travaillent à l'extérieur du pavillon.

Néanmoins, une des premières conséquences du fonctionnement de ce groupe

.../

être de nouer des rapports avec les équipes soignantes. Les post-séances vont re riches en échanges, comme en témoignent les extraits qui vont suivre. Ils nt issus des premières semaines du fonctionnement du groupe.

S DES PROPOS DE L'EQUIPE INFIRMIERE :

"Comment se fait-il que Bleque soit revenu dernièrement ?"

C'est Mr Cop, infirmier qui répond :

" Il cherchait la sécurité à l'intérieur de l'hopital. Il ne voulait pas travailler. Il se trouvait trop bien. Ils avaient formé un noyau avec Drisset et heau. Tous ensemble, ils étaient un noyau, passant leur temps à jouer aux cartes s refusant catégoriquement de travailler. Ils avaient trouvé le milieu qui leur avenait. Blèque participait aux travaux de vaisselle, histoire de se faire oublier, toucher un petit pécule, mais cà se limitait à cà. Il s'y plaisait et si on ne était pas occupé, à sa sortie, de lui trouver un emploi à l'extérieur, il y serait core.

C'est comme Bertin et Lefloc, ils avaient le chic ici de se retrouver s en bande, de former un noyau, afin de se sentir plus forts, d'éviter toutes s corvées. ... plus forts vis à vis du personnel lorsqu'on les sollicitait pour emploi quelconque.

Ils se retranchaient tous en disant : on a des indemnités de sécurité ciale, on touche suffisamment pour vivre, on n'est pas venu ici pour travailler, quement pour se reposer.

... on essayait de les occuper vis à vis des autres pensionnaires qui travaillaient régulièrement et qui trouvaient illogique que des pensionnaires passent ur temps allongés sur le lit alors qu'eux travaillaient ... alors on essayait de ur faire comprendre qu'on ne demandait pas un travail excessif, mais une occupation ur meubler leur journée ... quelques fois, lorsque ces personnes acceptaient de travailler, c'était fait en dépit du bon sens, mal fait, il fallait recommencer, n'était pas fait de gaité de coeur . ...les autres acceptent le travail parce e ce sont des gens qui n'aiment pas rester inactifs et qui ont compris que pour

.../

avoir un séjour plus agréable, il faut s'occuper dans le courant de la journée. ... Celui qui a un bon métier le reprend automatiquement, celui qui n'en a pas sait qu'on va l'aider à en trouver un. Il prendra n'importe qoui. Il sait qu'à la prochaine rechute on le prendra sans discussion."

"Quels sont vos rapports avec ces malades ?"

C'est Monsieur Velin qui prend la parole :

"Ca dépend du personnel, de la façon dont on a fait connaissance, ou qu'on se lie avec eux. Les derniers paraissent m'estimer beaucoup, alors que moi, réciproquement, ils m'étaient totalement indifférents. Par contre, ils étaient beaucoup plus familiers avec les deux infirmières du service. A tel point qu'on a dû se facher pour remettre de l'ordre dans le service. Parce que vraiment ça dépassait les limites. Pour eux c'était une distraction, il n'y avait que ça qui comptait. Ils familiarisaient plus avec les infirmières qu'avec moi. Par contre, ils étaient beaucoup plus familiers avec moi qu'avec le chef d'unité de soins qui lui, tenait un peu ses distances de façon peut-être à se faire respecter plus facilement ... ça a créé un malaise, une certaine gène.

Par exemple, si une infirmière venait leur tenir compagnie un moment dans la chambre pour les entretenir, et que moi j'arrivais faire un petit tour, sans espionner, je sentais tout de suite un certain malaise, tout le monde se séparait et les conversations s'arrêtaient à mon entrée quand il y avait les infirmières avec eux. Par contre, si c'était moi qui engageait la conversation et qu'une infirmière arrive brutalement dans la chambre, la conversation s'arrêtait et ces messieurs s'intéressaient plus à l'infirmière, et la conversation que j'avais entreprise avec eux s'arrêtaient brutalement. Ca ne les interessait plus du tout.

... ce sont des gens qui avaient une vie régulière, des femmes, des enfants, étant hospitalisés pendant deux mois, il était normal qu'ils se tournent vers des infirmières ... maintenant, avec certains pensionnaires on n'a jamais eu de problèmes.

... en entrant dans la chambre des éthyliques, on a trouvé une infirmière assise sur les genoux de l'un d'eux ... le chef d'unité de soins a pris des mesures.

.../

... remarquez, il a des problèmes de ce côté là. Il était différent avant d'être chef d'unité de soins.

... dans les autres services, souvent, en dehors des heures de service, on se retrouve chez soi, ou chez eux, en dehors. On arrive plus ou moins à se rendre compte qu'il y a dans les autres services une bonne entente entre les deux équipes hommes et femmes ... mais ici ça n'existe pas, justement en raison de la crainte d'ennuis probables qui pourraient arriver. Et quand il n'est pas là on est plus tranquille. Il m'arrive fréquemment de descendre en bas pour une broutille, voir les femmes, j'y trouve des pensionnaires hommes. Inversement, elles montent prendre le café. Mais quand cette personne est là, ça ne se fait pas ... et c'est réciproque, les femmes ne montent jamais, sachant qu'il est là. Autrefois, on célébrait les anniversaires à tour de rôle. C'était histoire de marquer le coup ... ça créait une bonne entente entre les deux équipes."

Quelle a été l'attitude du chef d'unité de soins lors de l'incident ?

"Il a eu une réaction indifférente vis à vis des malades eux-mêmes. Il a continué à agir comme s'il ne s'était rien passé. Par contre, vis à vis de l'infirmière, il a été trop sévère, à tel point qu'elle en est venue à le detester, en disant, le jour ou je partirai d'ici, je ne remettrai pas les pieds dans mon service. Elle m'en avait parlé parce qu'elle avait l'habitude de se confier peut-être plus facilement à moi qu'à lui. J'avais essayé d'arrondir les angles mais sans succès. A mon avis, les reproches étaient justifiés, mais il y avait une façon de les faire ces reproches, et il lui a parlé comme un père de famille qui veut remettre son fils dans le droit chemin quand il a fait une bêtise ... il n'a pas pensé qu'il avait à faire à une jeune fille majeure qui a 23 ans, qui a vécu probablement... peut-être plus que lui.

... ils disent, on ne fait pas la vaisselle à la maison, on ne va pas la faire ici ... c'est un tort, on vit en collectivité, c'est tellement plus vite fait quand on s'y met tous. Notre première réaction,quand le médecin chef nous a demandé de faire la vaisselle avec eux, a été de dire : ça n'est pas notre travail. En réfléchissant bien, je me suis aperçu que moi-même je l'avais faite deux fois ... mais, de toutes façons, il y a toujours quelqu'un avec eux. On avait répondu que si les infirmières acceptaient de faire la vaisselle avec les malades, les malades

.../

diraient : les infirmiers la font, nous n'avons pas besoin de la faire,et on aurait décroché personne."

Dans les conditions de travail qui sont les vôtre, actuellement, pensez-vous pouvoir établir des relations de confiance avec eux ?

Monsieur COPE :" la relation n'est pas la même parce que le niveau est différent. Les conversations sont plus suivies, plus faciles ... tant qu'on n'aborde pas le problème de l'alcoolisme et de la boisson, ... si on leur parle de l'alcoolisme, il y a une certaine méfiance qui réapparait, qui refait surface... Ils ont peur de certaines questions indiscrètes et n'aiment pas en parler. De toute façon, ils se considèrent tous comme de faux coupables ... tous en voulaient énormèment soit à leur femme, soit au gendarme, soit au maire qui les avait emmené en disant ... je ne comprend pas, on est venu me chercher, alors qu'en fait, ils jouaient du couteau sur la table ... Ils terrorisaient le quartier, les enfants, la femme, c'était le cirque ... Ils ne reconnaissaient pas ça. Pour eux, c'était de la rigolade, c'était minime. Ca ne valait pas le coup de déranger les gendarmes ... ils croient bien qu'on ne les croit pas. De toute façon, lorsqu'on leur donne des conseils sur ce qu'ils boivent, sur la façon de boire, ils sont toujours d'accord, ils reconnaissent, mais ils n'en font qu'à leur tête, je suis sûr que le dernier sorti, il y a 15 jours, a déjà repiqué à la boisson très certainement.

... le tort qu'on a eu, a été de les regrouper pour essayer d'intégrer Mr Jean qui s'était montré très difficile. On a demandé aux autres d'engager la conversation avec lui et ça a tellement bien marché qu'ils sont inséparables.

(au sujet de Drisset, un leader) ... il était toujours à la recherche de quelqu'un, quand il n'y avait personne, il venait nous voir. Il s'installait comme chez lui pour nous entretenir de n'importe quoi."

Vous avez évoqué des difficultés à propos de l'ergothérapie ; quelles sont-elles ?

Monsieur Velin donne l'exemple de Drisset comme leader : " Pour le faire travailler, on lui disait d'aller aider ses camarades ... il répondait qu'il préférait se reposer. Il n'était pas du tout coopérant et, en plus, il entraînait les

.../

petits copains dans sa chambre ... il était vantard en plus ... il disait qu'il gagnait 300 000 frs par mois, à un autre il disait 250 000, ou 350 000 ... je pense que ça ne devait pas être un type qui bossait tellement. Il disait qu'il était chef d'équipe. Ca, je voudrais bien le vérifier ... s'il travaillait pas plus qu'il ne travaillait ici ... "

Madame Lebu : "Ils mettaient un mauvais esprit dans le pavillon - pour l'ergo on ne peut pas les occuper, ils décourgent les autres ... ils ne comprennent pas que ça a un but thérapeutique ... on a beau essayer de leur expliquer, il n'y a rien à faire, ils sont brulés ... est-ce que c'est dû à la détérioration par l'alcool ... pour le dortoir, c'était typique ... ils restaient nonchalents ... le dortoir avec Drisset, on ne pouvait pas en faire quelque chose.

... s'ils étaient allés à l'ergo, ça aurait donné une meilleure ambiance dans le pavillon. A cette époque, personne n'y allait plus, alors qu'avant, il y avait une bonne majorité qui y allait ".

Monsieur Velin : " Ca faisait deux clans, celui des éthyliques, et celui des autres malades, alors qu'il aurait fallu qu'ils soient tous ensemble, que les éthyliques conversent avec les autres ... par exemple, quand ils partaient du bar, il y avait les éthyliques et, derrière, il y avait les autres... je pense que s'ils étaient allés à l'ergo, ils se seraient entraînés les uns les autres ... Pour certains éthyliques, les autres sont des fous ... ils se sentent supérieurs aux autres."

Madame Frac : "Ils se trouvent plus équilibrés."

Monsieur Vélin, au sujet de Blèque : " C'est à cause de la négligence de sa femme ... je serais à sa place ... ça n'encourage pas à rentrer chez soi."

Madame Frac : "Je pense que c'est le couple qui est en question. Blèque n'admettait pas d'aider sa femme. A sa première hospitalisation, il s'occupait beaucoup, à la deuxième, il avait pris l'habitude de l'hopital, il n'a accepté que de s'occuper de la vaisselle ... peut-être que s'il revenait il ne s'occuperait plus du tout."

.../

Monsieur Velin : "Monsieur Drisset, d'après ses dires, avait un travail, avait eu de la promotion, toujours d'après ses dires, rien n'est contrôlé. Parce que, tout compte fait, avec Drisset, on n'avait pas tellement de contacts vis à vis de son cas. Il ne se confiait pas. On arrivait jamais à lui faire dire ... Finalement, on n'arrivera jamais à savoir la vérité ... Monsieur Prat sort disant que ça fait deux ans qu'il ne buvait plus ... Ca fait deux samedis qu'il sort, deux fois qu'il rentre bourré."

Mme Frac :" il a l'air coopérant, mais il ne l'est pas du tout en ergothérapie."

Mme Leber : " Ils n'acceptent absolument pas qu'on leur demande quelque chose. Avant, au Bosquet,(x) avec le règlement, ils s'occupaient."

Mr Cope : " C'est-à-dire que ceux qui sont restés au Bosquet, je veux dire les lois de 54, ils y sont pour au moins 6 mois, alors ils sont bien obligés de s'occuper. Tandis qu'ici, ils y sont pour 6 semaines, 2 mois maximum. Pour eux, c'est du repos. Ils se disent ça parce que si ça se prolongeait ..."

Monsieur Velin : " C'est-à-dire que, du fait qu'ils restent au pavillon, on a déjà plus d'autorité, tandis que là, ils s'en vont au bar, on ne sait jamais où ils sont partis ... il y en a partout ... tandis qu'au Bosquet, pour aller au cinéma, on les accompagnait ; s'il y en avait un qui ne voulait pas travailler, on lui disait: " pas de cinéma ce soir". je crois que c'est une bonne solution pour eux ... les portes sont ouvertes, ils sortent comme ils veulent, on ne peut quand même pas toujours être sur leur dos à leur dire vous allez rester dans votre chambre. "

Madame Leber : " Il faudrait déjà, au départ, que le médecin y soit. Ca vient de là ... si à l'entrée on leur dit voilà, la vie pavillonnaire c'est de telle façon, ils s'y mettraient ... c'est inadmissible que des pensionnaires restent inactifs comme ça ... c'est pas normal ... C'est quelque chose qui ne va pas ... tout homme normalement constitué doit s'occuper ... Ils seraient moins agressifs ... c'est plus supportable pour tous les pensionnaires et nous-mêmes que de les entendre là à longueur de journée."

Monsieur Velin : "Nous, au Bosquet, on ne demandait jamais un gars pour faire la vaisselle, et, à deux heures, tout le monde était à l'ergo ... soit à tondre

(x) Ex. pavillon des alcooliques : depuis la réorganisation du service, il est réservé aux malades "Loi de 54". .../

les pelouses, soit au jardin, soit à la menuiserie ... Je trouve qu'il y avait une bonne ambiance ... il y avait le bar, tout ça ... ils étaient tous ... c'était meilleur comme ambiance ... il y en avait qui aimaient bien le jardin ... il y en avait de la menuiserie qui allaient au jardin pour aider à couper les fleurs ... ils faisaient des trucs pour les agents de l'hopital ... il y avaitdes machines ... il y en a qui sculptaient des morceaux de bois ... il faudrait laisser la bride moins longue."

D E U X I E M E P A R T I E

FORMULATION DES CONCEPTS :

Introduction à l'Analyseur en psychothérapie institutionnelle.

LE REVELATEUR

Nous allons, à partir de ces 4 récits pointer tout ce qui nous semble uvoir se retrouver comme caractéristiques communes, non pour ajouter un para-aphe aux diverses classifications nosographiques qui existent déjà, mais pour nter d'unifier ces situations dissemblables, du moins en apparence. C'est en gageant les points communs à ces différentes situations, que nous pourrons nous procher de la caractérisation de personnage, que nous qualifions de "Revélateur"

Dans chacun des cas envisagés, le problème du rejet du malade ou du oupe apparait :

- dans le 1er récit : Nanette est envoyée à H. Collin,
- dans le 2ème récit : Babil serait mieux en prison,
- dans le 3ème récit : Alain est expédié à l'Hôpital Psychiatrique,
- dans le 4ème récit : il faudrait un pavillon disciplinaire pour les alcooliques.

Le rejet (1) ira même jusqu'à la mort, comme c'est le cas de Nanette de Babil.

) - Signalons à ce sujet, l'intéressante analyse que le Docteur LEMAIRE fait du jet en milieu psychiatrique

Cet auteur explique que le rejet des équipes soignantes est déterminé par le mportement du malade, et ne fait que répondre à la demande du malade qui est pré-sément une demande de rejet.

Ce qu'il faut bien savoir et ce que LEMAIRE nous démontre, c'est que lorsqu' existe dans le réel la possibilité du rejet (ex. : pavillon fermé, service spé-alisé pour alcooliques, service dit pour aliénés dangereux, tel Henri Collin), est impossible de ne pas répondre à la demande de rejet.

Ceci a pour conséquence de rendre alors impossible la prise en charge du ma-de.

De plus, ces lieux de rejection induisent de par leur simple existence s pratiques du rejet.

Etudiant le fonctionnement d'un pavillon"ordinaire", LEMAIRE écrit :

.../

"Il y a presque toujours en permanence un malade à Henri Collin... à peine
n malade a-t-il été transféré à Henri Collin, qu'un autre est désigné comme le
alade le plus dangereux , celui dont il faudra se débarasser avant qu'un malheur
rive".

Jean Claude LEMAIRE ; Mécanisme du Rejet dans les Institutions Psychiatriques,
ge 18. Thèse médecine - Paris 1969.

.../

Avant de leur répondre par un rejet effectif, on observe une sorte de
placement vis-à-vis de ce qu'ils mettent en jeu. C'est là qu'apparaissent les <u>préoccupations diagnostiques</u> (toujours soulignées comme exceptionnelles dans ces services), en tant que tentatives de sécurisation.

Dans toutes les réunions, on ne parle que d'eux, mais jamais en analyant ce qu'ils mettent en jeu dans l'institution. (1).

) - Une précision fondamentale s'impose au début de cette 2ème partie : celle de définir ce que l'on entend par Institution mais cette fois, dans le sens où on utilise en Psychothérapie Institutionnelle.

Nous nous référons pour ce faire à François TOSQUELLES, l'un des fondateurs de ce mouvement.

Une Institution serait un lieu de contact ou des échanges de toutes sortes (économiques, psycho-sexuels, culturels, etc..) se produisent. Ces échanges ont beaucoup de raisons de se trouver bloqués, en particulier à cause de la spécificité technique professionnelle, réglée, mécanisée, automatisée et bureaucratisée.

TOSQUELLES explique que ces blocages ont pour conséquence de secréter une pathologie, dont une des plus sournoises s'appelle "Etablissement".

"Lorsqu'elle ne procède pas d'elle-même à une analyse permanente de la demande.... on dit avec des raisons valables qu'une Institution tend à dégénérer en Etablissement. La Psychothérapie institutionnelle vue sous cet angle serait éventuellement une pratique institutionnelle, dont les objectifs tactiques seraient précisément définis par l'éveil permanent à ce danger".

François TOSQUELLES - Désir et Institution (page 10) Recherches - Janvier 1973

Ils échappent au traitement. L'équipe ne peut les prendre en charge, ceci les situant toujours comme objets dont la manipulation leur échappe. Parler de nipulation signifie que l'équipe soignante est alors suffisamment désemparée, ur qu'il n'y ait pas de place pour se poser collectivement la question d'une at-tude thérapeutique. "C'est le malade du patron" (Babil et Nanette, par ex.), le lade de la secrétaire. Pour les alcooliques : "ils sont incurables, pas intéres-its". Les divers cas envisagés, de par leur situation particulière, mettent le spositif soignant face à son impuissance et désignant une disfonction de l'insti-tion.

A propos de Nanette, se révèle l'incapacité de coordonner une psychothé-pie duelle avec une prise en charge collective du groupe soignant, mettant en évi-ence une rupture des échanges entre le médecin-chef et les infirmières. Au lieu d'a-alyser le problème institutionnel, on parle en terme d'appropriation du malade par soignant.

Quant à Babil, il est impossible de le prendre en charge (placement d'of-ce). C'est le malade du patron. En fait, il catalyse tout ce qui ne va plus dans service, les conditions de travail de plus en plus difficiles (les malades en nombre entassés dans le service...), les conflits dans les sous-groupes et les uipes, l'arrivée d'un 3ème médecin et sa reconnaissance par l'équipe.

Quant à Alain, étant donné sa prise en charge par la secrétaire, dans institution où l'accent est mis sur la mobilité des rôles, il révèle le décala-entre la théorie et la pratique, la secrétaire étant vécue comme outrepassant rôle par son activité de thérapeute (rationnalisation étant faite au niveau de rôle de "psychothérapeute" étant donné sa formation de psychologue). On en arri-ainsi à une remise en cause du fonctionnement antérieur basé sur les rôles, la rarchie....qui risque fort de rendre tout à fait incohérent le collectif en pla-de destructurer l'institution.

Quant au groupe des alcooliques, il remet en cause l'efficacité de l'er-hérapie alors que le travail est conçu comme "correcteur de vices". Ces malades usent le traitement (ou on leur refuse ?).

Ils n'ont plus, pour se faire entendre, que le passage à l'acte, soit tre eux-mêmes, soit contre autrui : Nanette et ses dizaines de tentatives de

.../

icide, ses agressions constantes.... Babil et les altercations qu'il provoque....
sécurité est menacée, entraînant, entre autre, des passages à l'acte de l'insti-
tion, les équipes demandant des mesures disciplinaires, rejetant le malade..

Autrement dit, tout le fonctionnement de l'hôpital est remis en cause :
s conflits éclatent dans tous les sous-groupes, la dillution des responsabilités
t quasi-totale et il est devenu impossible de prendre une décision adéquate.
est la mise en échec de tous les lieux de parole.

C'est à dire que le Personnage Révélateur n'entrerait pas dans le discours
flètant les rapports habituels dans l'institution. De ce fait la première consé-
ence est d'augmenter l'angoisse du malade qui est investi de ce personnage, angois-
qu'il diffuse au personnel. Cette incompréhension du personnel devant ce malade
goissé se traduit donc par les différents mécanismes que nous avons pointés pré-
demment et d'où nous pouvons dégager un sentiment d'insécurité et un sentiment
impuissance de l'équipe soignante.

On peut ainsi en arriver à formuler un début d'hypothèse : le Personnage
évélateur exprimerait le "non-dit" de l'institution, projetant sur lui sa propre
goisse. Quand le Révélateur est incarné par un malade ou un groupe de malades
'est ce que nous avons exposé jusqu'à maintenant), l'institution utiliserait ce
lade, ce dernier à son tour répondant par une certaine manipulation de l'institu-
on. Quand nous parlons ici d'Institution, nous visons tous les autres membres
composant, sauf la personne désignée comme Révélateur. Tous se défendent de leurs
ojections en rejetant l'intrus qui devient désormais insupportable.

Comme l'écrit LEMAIRE (1) à propos du rejet : pour préserver son Bon moi,
est nécessaire qu'existe un mauvais autre.

L'auteur ajoute "La phrase malheur à celui par qui le scandale arrive est
ujours actuelle, sans compter la fonction d'exorcisme de celui qui joue le rôle
uc émissaire : si c'est lui, ce n'est pas moi ".

L'étude du Bouc Emissaire permet-elle d'éclairer notre présente recherche ?

) - J.C. LEMAIRE cf cité pages 39 et 49.

.../

LE PHENOMENE DU BOUC EMISSAIRE

Denise ROTHBERG décrit ce concept : "Dans une collectivité on voit ain-
, à un endroit quelconque surgir ce personnage du bouc émissaire, chargé des
chés actuels de la collectivité. Tout irait bien si X. n'était pas là, si Y. ne
aisait pas l'idiot : X. est en effet insupportable, Y. finit par faire de telles
tises qu'il faut le mettre à la porte, s'il n'est pas parti tout seul avant."

Dans une institution psychiatrique, c'est le personnage dont on parle,
n'est plus question que de lui.

ROTHBERG poursuit en posant la question du mécanisme en jeu : "X. ou Y.
uent en effet bien leur rôle, ils finissent, poussés de manière inconsciente par
s autres membres de la collectivité, par s'identifier à un certain modèle de
échant", ou de "con" ou d'irrécupérable."

Qui joue ce rôle ?

"Dans un hôpital psychiatrique où les services ont une organisation ri-
de, très hiérarchisée, ce sont toujours les mêmes malades, membres du personnel,
decins ou infirmiers", car dit-elle "On s'y reconnait plus facilement".

Qu'en est-il dans un service où le système hiérarchique se désagrège ?

"Ce phénomène se manifeste, dirons-nous, à une vitesse accélérée :
esque chaque membre du personnel et un grand nombre parmi les malades, peut à
n tour devenir bouc émissaire de péchés divers".

A Verdur, c'est l'interne qui ne répondant pas aux demandes du médecin-chef
t envoyé dans un service de chroniques à la suite d'une dépression parce que
n contact est néfaste pour les malades.

Rothlag : Les Reunions à l'hôpital Psychiatrique. Ed du Scarabée 39 à 63

- Ce sont les alcooliques sur qui se cristallise l'insécurité qui fait suite à l'arrivée du nouveau médecin.

" Ils constituent des groupes d'opposition",

"Ils noyautent les autres malades",

"C'est à cause d'eux que l'ergothérapie ne fonctionne pas. Avant leur arrivée tout le monde y allait."

Quelle en est la signification ?

"Ce phénomène, comme symptôme, à une grande valeur si chacun apprend à le dépister, à le reconnaitre, comme tel : X. est un salaud, pourquoi la collectivité a-t-elle besoin, pourquoi avons-nous besoin ici d'un salaud ? Pourquoi X. endosse-t-il souvent et aujourd'hui ce rôle de salaud ?"

Enfin dernière question, quel est le dénouement, autrement dit comment résout-on le problème ?

Si l'on veut éviter que l'on expédie l'affaire sur un mode traditionnel dans une institution psychiatrique, en changeant le malade ou le membre du personnel de service, il faut, dit ROTHBERG "des lieux où ces choses là peuvent être dites et les réunions en constituent des lieux privilégiés."

Ces lieux devraient permettre de s'interroger sur les raisons qui secrètent l'apparition d'un personnage vécu comme bouc émissaire, où si l'on parle le langage de la pathologie, s'il existe un personnage symptôme, de quel conflit et de quelles tensions, dans le groupe envisagé, ce personnage est-il le symptôme ?

Dans les observations que nous avons rapportées dans la première partie de notre travail, il apparait, qu'en dépit d'un effort d'analyse et d'interprétation de ces symptômes dans la grille institutionnelle de réunions, ces lieux aient fait la preuve de leur inefficacité. C'est en effet sur le mode traditionnel du rejet qu'ils furent résolus.

A l'hôpital de Tals, Alain est hospitalisé dans une autre institution. Cette initiative est culpabilisée par l'équipe : "Cette hospitalisation est vécue

.../

comme un échec et un abandon du malade ". Cette culpabilité est aussitôt rationnalisée par la notion de danger : "Nous sommes pourtant rassurés de l'avoir fait quand, en rentrant à l'hôpital de jour, nous apprenons le suicide de deux de nos malades".

C'est toujours dans l'intérêt et pour le "bien" des malades qu'on les contraint et qu'on les rejette."

Dans le cas de Nanette à l'hôpital de Marel, la situation est encore plus claire. La position des infirmiers est que faute de pouvoir la soigner dans le service, il faut la transfèrer dans un "quartier d'aliénés dangereux".

A Verdur, chaque réunion est centrée sur le problème que posent les éthyliques : satisfaction dans l'inaction, installation dans un système de dépendance, difficultés de réinsertion sociale (pas de travail, problèmes familiaux). Ils s'installent dans un système de relation qui n'est que la répétition de ce qu'ils connaissent à l'extérieur (rejet, dépendance). Les solutions trouvées :

Dans le cas du groupe des alcooliques, on provoque la sortie prématurée du leader qui est de retour deux jours après. On maintient son exclusion en l'envoyant au pavillon de chroniques. On prend la décision, dorénavant de ne les garder que le temps de la cure et de les séparer les uns des autres. On évoque la nécessité d'un règlement.

A Marel, dans le cas de Nanette, un arguement avancé par les médecins était celui de prédire sa mort rapide à Henri Collin. En fait dès cette époque, elle était déjà condamnée à mort, en raison du non dit entre les différents groupes, qui s'exprimaient à travers sa situation.

Le traitement que l'on fait subir au symptôme, est donc artificiellement de le faire disparaitre. On pense ainsi magiquement avoir résolu ce qui a suscité son apparition.

Qu'advient-il alors ?

Nous poursuivons cette étude, à partir d'évènements qui se sont déroulés à l'hôpital de Marel.

.../

Quelques mois avant la mort de Nanette, le Docteur CAILLE est introduite dans l'équipe médicale de Marel. Une de ses caractéristiques est d'être en psychothérapie avec... le médecin-chef, psychothérapeute de Nanette.

Comme par hasard à la mort de cette dernière toutes les conversations se portent autour des difficultés relationnelles que les médecins et les infirmières entretiennent avec le Dr CAILLE.

Celle-ci se sent rejetée (avec raison) de tous et menace à plusieurs reprises de partir.

Il est encore plus difficile de parler d'elle que de Nanette. En fait, réalisent les médecins, il est tout simplement impossible de parler. Le Dr CAILLE verbalise ce malaise "je me sens comme une espionne dans l'équipe". Le groupe des médecins vit avec CAILLE le même genre d'expérience que le groupe des infirmières ou vivre avec Nanette par rapport au médecin-chef psychothérapeute.

18 mois après son arrivée, CAILLE quitte Marel : le climat devient alors plus serain... pour combien de temps ?

A quand la nouvelle Caille ?....

Dans le cas des alcooliques, il y a peut-être un déplacement du symptôme mais surtout une répétition à savoir que le rejet est généralement suivi du retour de l'éthylique quelques semaines ou quelques mois plus tard..

Quand on traite le symptôme, sans s'attaquer à sa cause, Freud nous l'a appris depuis longtemps, il se déplace.

Autrement dit, quand on s'arrange pour faire disparaitre de la circulation ce phénomène de Révélateur, forme particulière de bouc émissaire, il réapparait aussitôt sous une autre forme.

Quelle utilité présente l'introduction du concept de Révélateur, s'il correspond globalement au personnage bouc émissaire ? Sinon quels rapports nouent-ils entre eux ? Nous proposons d'envisager ces questions après avoir dégagé tout le parti que l'on peut tirer d'un autre terme qui fonctionnerait lui aussi à la manière du bouc émissaire : "l'Analyseur".

L'ANALYSEUR

René LOURAU donne "le nom d'analyseur" à ce qui permet de révèler la structure de l'institution, de la provoquer, de la forcer à parler."/

Il ne faut pas confondre ce concept avec celui d'analyste, en particulier l'analyseur ou les analyseurs ne sauraient être un ou des individus servant de compère à l'analyste.

Lourau le définit plus précisément : "il est vrai de dire que le passage à l'acte institutionnel.... exige la médiation d'individus particuliers que leur situation dans l'organisation fait accèder à la singularité de provocateurs".

Quels en sont les aspects ?

"Il n'est guère plausible dans l'état actuel des méthodes d'enquête sociologique, que le problème du pouvoir, le problème de l'argent, et le problème de l'idéologie, qui vient se mêler de façon quasi-inextricable aux deux premiers problèmes, soient élucidés sans qu'intervienne dans la situation analytique, ce "malin génie" (semeur de doute radical), ce "mauvais esprit", ce "souffre douleur" ou ce "bouc émissaire", cette "brebis galeuse", ou ce "trouble fête", et autres figures de l'analyseur."/

On peut avancer que dans nos observations, l'analyseur, celui qui force l'institution à parler, n'est pas le personnage que jusqu'à présent dans notre étude nous avions désigné du nom de Révélateur, ce dernier n'en étant que l'intermédiaire.

Si l'on prend l'exemple de Marel, celui qui provoque la situation, c'est le médecin-chef-psychothérapeute. C'est lui qui est l'instigateur de l'expression des rapports psychothérapie institutionnelle -psychanalyse duelle. Il détermine une situation de "crisanalyse" entre 2 institutions, sans pouvoir l'analyser lui-même :

(1)- René LOURAU : l'Analyse Institutionnelle - page 281 - Editions de Minuit 1970.

Nanette n'en est que l'objet, tout au plus peut-elle en être à certains moments l'analyste (dans l'acceptation institutionnelle du terme) en particulier : "Nanette verbalise actuellement que pour exprimer qu'il se passe une situation conflictuelle dont elle est l'objet et qui résulte de l'opposition :

- médecin-chef, psychothérapeute d'une part,
- équipe d'infirmières, d'autre part,"

De même, à l'hôpital de Tals, l'analyseur est le personnage "secrétaire-psychologue" forçant l'institution à parler de :

- la rigidité statutaire : "malgré un désir d'intervenir, il y a un blocage dû au statut de "non soignant" (secrétaire) et plus loin "d'autant plus que la surveillante générale m'a rappelé, il y a quelques mois, que je n'étais pas payée pour faire de l'ergothérapie, et encore moins de la psychologie, mais du secrétariat".

- l'appropriation des malades par les soignants : l'acceptation d'une relation "privilégiée" : "je ne serais pas capable d'en faire autant, d'ailleurs il est très accroché à toi et puis... tu es sa psychothérapeute", suscitant en retour le rejet du bénéficiaire de cette démarche : "elles ont évoqué leur gêne de s'occuper d'un malade qui ne leur était pas attribué, par crainte de marcher sur les plates-bandes.... cela peut aller jusqu'à l'abandon quasi total d'un malade".

- l'interdit incestueux : "on exprime la gêne de s'introduire dans un duo soignant-soigné".

- et enfin des rivalités doctrinales entre médecins :"tu as de belles théories, mais tu ne les mets pas en pratique".

A Verdur l'analyseur est le nouveau médecin-chef. Il doit s'intégrer dans un contexte dans lequel la hiérarchie thérapeutique semble exclue. Les relations de travail se sont déterminées devantage par des affinités personnelles que par des rôles, par exemple la psychologue travaille davantage avec certains infirmiers, etc.. De même les décisions se prennent de façon informelle, à l'issue d'une discussion dans un couloir, ou d'une réunion provoquée à la demande devant un café.

Il est analyseur au niveau de sa présence même de par le rôle qu'il a

le détenteur du pouvoir.

Il est analyseur dans les situations qu'il provoque : dans un climat d'insécurité réciproque, se sachant rejeté ne comprenant pas trop comment "ça fonctionne", il provoque des situations conflictuelles propres à faire réagir, à faire parler un groupe sourd à sa présence. Ex. décision de sortie d'un malade sans consulter le reste du personnel, provoque la demande d'une réunion de la part du reste de l'équipe.

La présence d'un pouvoir au niveau du statut provoque la remise en question des anciennes habitudes de travail, alors que l'on ne sait pas encore ce que veut le médecin.

- Les alcooliques eux-mêmes sont analyseurs.

En niant le rôle des infirmiers, leur pouvoir, ils poussent ceux-ci à exprimer une demande au médecin-chef qui est l'expression d'une insécurité qui dépasse le cadre des relations infirmiers-alcooliques car elle est liée à la mise en question par le médecin-chef du rôle sécurisant que les infirmiers avaient jusqu'alors.

Ceci s'exprime dans la plainte des infirmiers par la nostalgie d'un ancien ordre, à l'époque où les alcooliques étaient internés dans un pavillon spécifique sous un régime carcéral.

"Les portes ouvertes, ils sortent comme ils veulent". A l'entrée, on leur disait - "voila, la vie pavillonnaire c'est ça", ils s'y mettraient, il faudrait que le médecin soit là.

- Les alcooliques sont analyseurs à un deuxième niveau. Dans leur refus de travailler avec les autres malades à l'ergothérapie, ils placent le personnel face à la contradiction qu'il y a à vouloir les forcer à travailler, alors qu'eux-mêmes refusent toute participation au niveau de l'organisation. Ce qu'ils font surtout, c'est illustrer la culpabilité des infirmiers vis à vis du "patron".

- Ils font d'autre part, parler de l'ambiguité du rapport psychothérapie-travail dans le contexte hospitalier.

Le médecin veut faire de l'ergo le support d'échanges sociaux, les alcoo-

.../

liques nient à l'ergo toute valeur thérapeutique, les infirmiers sont dans la contradiction qu'il y a à justifier l'ergothérapie tout en éliminant sa valeur d'échange. Ceci correspond à la nécessité pour eux de se sécuriser par rapport au malade. "les autres acceptent le travail parce qu'ils ont compris que pour avoir un séjour plus agréable, il faut s'occuper dans le courant de la journée".

Les soignants sont amenés à parler de leur rejet des alcooliques "ils sont irrécupérables, ils vous parlent de ce qu'ils veulent", de la compatibilité entre des rapports largement déterminés par les rôles et la possibilité d'une certaine écoute de ces malades. "Vous parlez avec votre théorie mais s'il fallait que vous soyez toute la journée avec eux..."

Si cette analyse s'applique aux cas de Tals et de Verdur, force nous est d'avouer qu'elle ne correspond pas aux deux autres.

Il est fort difficile d'y avancer que l'existence des analyseurs, dévoilant la structure cachée de l'institution lui permet de parler.

Dans les cas de Nanette et de Babil, l'intensité conflictuelle entre les groupes protagonistes est telle que le drame s'actualise dans le réel.

Les différentes situations de crise et de passage à l'acte institutionnel se manifestent par la dislocation, la détérioration de l'équipe soignante, son impossibilité à dire, à coordonner et à résoudre. Ainsi chaque membre de l'équipe se retrouve individu avec sa façon propre de vivre conflit, agressivité et culpabilité. Dans ce cadre de destructuration tous les personnages, toutes les paroles peuvent être vécus comme meurtriers, provocateurs, le vécu de l'équipe ne s'exprimant alors que sur un mode persécutif, chaque individu de par sa position, ses actes ou ses paroles peut devenir "analyseur".

Ainsi nous pourrions dire que pour Nanette, c'est le médecin-chef qui est l'analyseur de la situation au travers du conflit "malade au patron". A cette situation se superpose pour Babil ce doute que le médecin-chef laisse planer quant à son départ, réveillant dans le reste de l'équipe une insécurité en rapport avec les fantasmes d'abandon. Sans doute, mais nous voyons aussi que Babil de par sa position de "caïd" cristallise autour de lui toute la situation et force l'institution à parler de la discipline, de la répression, met à jour tous les conflits latents entre différents groupes de soignants :

- professionnels et hiérarchiques : "les médecins sont trop permissifs.

.../

n voit bien qu'ils ne sont pas là huit heures par jour", autrement dit, eux ne sa-ent pas ce qu'est un malade mental. Ce à quoi les médecins rétorquent "que le pro-lème est ailleurs".

- relevant des positions de principes, de doctrine, d'attitude, etc...

Puis d'autres analyseurs se succèdent, notamment l'interne de garde di-ant "ici c'est tout l'un ou tout l'autre, ou c'est la liberté totale ou on les ue", relevant aussi la façon dont le service est vécu par le reste de l'hôpital.

Pour revenir sur la définition de l'analyseur, Loureau le définit comme elui qui "permet de révéler la structure de l'institution, de la provoquer, de la orcer à parler".

Si nous nous référons à nos observations, ceux que nous y avons désignés omme étant les analyseurs s'ils révèlent la structure de l'institution et s'ils la rovoquent, ne la forcent pas à parler. Au contraire et précisément parce qu'ils s'inscrivent omme provocateurs, ils accentuent, approfondissent la crise, aigui-ent les conflits et les tensions et de ce fait augmentent l'incohérence et l'écla-ement de l'équipe, provoquent l'éclatement de la parole. S'ils permettent de révè-er, leur qualité de provocateur les font aussi masquer, et ils permettent de mettre jour des sous jacences comme d'obstruer toute progression de l'analyse.

En fait ces analyseurs ne forcent pas l'institution à parler car le vé-u persécutif élimine ce recours mais force l'institution à faire, sous la forme u passage à l'acte. C'est ce qui se passe par exemple pour Babil au cours de la éunion du personnel le 17 mars.

Quelques points restent à éclaircir, en particulier celui du rapport en-re analyseur et révélateur.

Du matériel constitué par les 4 enquêtes, 2 séries se dégagent.

Alors que Nanette, Babil, Alain et le groupe des alcooliques apparaissent omme personnages révélateurs, ce sont la secrétaire psychologue à Tals, et les mé-ecins chefs dans les 3 autres institutions qui se comportent en analyseurs... Ces erniers révèlent une situation qu'illustrent les premiers.

Cette vue réductrice ne peut nous faire oublier que la réalité est plus omplexe. Nous voulons parler de l'interchangeabilité des rôles. Dans une institu-

tion donnée, l'analyseur s'incarne tour à tour dans plusieurs personnages.

Dans le cas de Babil, nous observons que ce rôle est illustré d'abord par le médecin-chef, puis par l'interne de garde.

A Marel, si originellement le médecin-chef en est véhicule, à la suite de l'épisode où Nanette tente de se pendre après avoir disposé des clefs de son psychothérapeute, une infirmière fait irruption dans le bureau de ce dernier. Elle l'admoneste copieusement au nom de ses collègues, action qui transgresse la loi locale, et se révèle alors être l'analyseur, dénonçant le système hiérarchique des relations entre les catégories statutaires de l'institution.

La même analyse de la réalité institutionnelle, nous amène à reconsidérer la distinction entre révélateur et analyseur.

Nanette ou le groupe des alcooliques se comportent à plusieurs reprises en analyseur - les 2 concepts sans se confondre peuvent bien souvent coincider.

Quels rapports entretiennent-ils avec le Bouc-émissaire ? Ce personnage rejeté et persécuté dans un groupe, ne constitue qu'une caractéristique qui peut être attribuée suivant les cas au révélateur comme à l'analyseur.

Il suffit qu'une note persécutrice soit attachée à l'un ou l'autre de ces précédents personnages pour qu'on puisse les qualifier de bouc émissaire.

De plus Analyseur et Révélateur peuvent être incarnés par la même personne, avons-nous vu. Aussi nous nous demandons s'il est utile pour l'analyse institutionnelle de maintenir la distinction.

En d'autres termes, bien qu'une étude attentive nous y ait amené la distinction entre Révélateur et Analyseur constitue-t-elle un authentique matériel opératoire, ou un artéfact ?

Une situation conflictuelle irrésolue entre plusieurs groupes statutaires ou fonctionnels, voire au sein d'un même groupe, détermine l'apparition d'un révélateur qui monopolise toute l'attention.

On dira par exemple que Nanette est révélatrice, mais de quoi ?

.../

Nanette est en psychothérapie duelle avec le médecin-chef : cette situation est de nature à véhiculer des fantasmes, en particulier érotiques de la part des autres soignants(1).

En utilisant le champ conceptuel Freudien, on dit qu'il s'agit d'une projection des soignants sur Nanette.

Mais alors une autre question se pose : pourquoi est-elle dans ce couple maudit la cible préférentielle ?

L'autre membre du duo, nous l'avons repéré comme Analyseur, c'est-à-dire l'instigateur supposé de l'affaire.

C'est celui qui arbitrairement, de par la position hiérarchique qu'il occupe choisit le pertenaire qui va devenir de point de mire de l'Institution.

Nous nous interrogeons pour savoir s'il a vraiment pu choisir quelque chose, ou s'il n'a fait que répondre à une demande piégée et ambigue de l'ensemble des membres de cette institution.

Le médecin-chef c'est celui qui est partie prenante dans la sélection des infirmiers et qui peut les faire sanctionner tout au long de leur carrière.

Ce médecin-chef là, est dans l'histoire de Marel, celui qui introduit la demande psychothérapique, avec tout ce que cela implique de la part d'un personnel impréparé, comme difficile remise en cause de soi-même.

Le propre des institutions hiérarchisées, comme les hôpitaux psychiatriques est d'infantiliser les personnes qui y sont employées. Dès lors on accepte et réclame à cor et à cri un chef, dans la mesure où on peut le jouer.

Rien n'est plus tentant dans le cadre de ces rapports pervertissants de berner le chef-potiche , en manipulant le phallus qu'il représente.

On peut donc se demander si la situation conflictuelle ne préexistait

1) - Cette explication vaut pour une partie de la situation, mais ne recouvre pas la réalité de celle-ci dans sa complexité d'alors.

.../

as au moment où le médecin-chef va l'illustrer, en adoptant une démarche (la psychothérapie de Nanette) qui lui est dictée par les circonstances.

Il s'assume alors comme l'analyseur d'une situation bloquée que Nanette révèlera spectaculairement.

En fait, on adresse à cette dernière une grande partie d'un Message qui est destiné à son psychothérapeute, sa position hiérarchique l'empêchant de le recevoir directement.

Mais il faut savoir que ce mécanisme qui obéit à la loi du déplacement est facultatif. Ainsi nous sommes amenés à constater l'existence en propre du révélateur. Ceci ne nous empêche cependant pas de penser qu'il constitue une variante déplacée de l'Analyseur.

Ce dernier concept ayant une portée plus générale, c'est donc lui que nous utiliserons dorénavant pour désigner l'ensemble des phénomènes projectifs décrits dans les chapitres précédents.

L'analyseur est défini par G. Lapassade (1) à la fois comme un catalyseur permettant d'analyser et un provocateur, récupéré par l'analyste - reste à définir ce personnage.

1) - G. Lapassade : l'analyseur et l'analyste
Gauthier Villars 1971.

.../

" L'ANALYSTE "

En psychothérapie institutionnelle, le concept d'analyste ne correspond ucun personneage, ni groupe spécifique. Une fonction analysante se manifeste ein de collectifs se structurant sur des lieux et des temps fixés par la loi ale.

L'institution se donne des lieux où ça analyse.

L'objet de cette démarche concerne l'élucidation du contre-transfert ins- tionnel. Gantheret (1) lui donne une dimension de complémentarité : "La répon- ndividuelle de l'analyste au transfert de l'analysé (sentiment, inclination, ng out) devient au niveau institutionnel l'adéquation structurale au désir col- tif du groupe des malades... d'autre part, les données personnelles de l'ana- te, c'est-à-dire son histoire personnelle, ses positions névrotiques, les données les de la situation socio-économique, ont pour homologue dans la dimension ins- tionnelle, l'histoire de l'institution, la signification de son histoire et de actualité pour elle et pour la société".

Nous pensons résumer sa pensée en disant qu'il s'agit de la réponse au sfert institutionnel des malades, avec les données propres de l'institution.

Le transfert institutionnel se porte sur des lieux signifiants et d'une ère générale sur l'ensemble des soignants.

La mise en place d'un réseau de réunions (2) ou de tout autre activité iculée avec elles permettra l'analyse du transfert. Ces réunions sont assimi-

1 - Revue de Psychothérapie institutionnelle - n° 1 page 34

2 - Jean Claude LEMAIRE dans l'étude déjà citée (page 39) précise la place occupent ces réunions et ce qu'elles permettent : "... La fonction des des réu- ns comme lieux de parole, lieux d'écoute, lieux d'analyse qui ne fonctionnent à la condition que les sujets y puissent être repérés sur le plan symbolique"...

.../

ables à des supports permettant aux demandes de s'exprimer.

Lieux d'expression et d'analyse du transfert, elles deviennent médiatri-
es de l'accès à l'inconscient quand la demande n'est pas comblée dès qu'elle se
anifeste et permet au désir de surgir.

Transfert et contre-transfert se vivent dans une analyse permanente du
lieu, débouchant sur une constante remodulation de la loi.

En définitive, le fait thérapeutique ne réside pas dans l'institution,
ais dans l'institutionnalisation.

Pour Oury, Ayme et autres chefs de file de ce mouvement, l'introduction
un "analyste extérieur" est incompatible avec la psychothérapie institutionnelle,
fonction thérapeutique portant sur un collectif, il est contradictoire d'intro-
ire une technique en isolat fermé.

L'institution est un système clos, ayant un ensemble de normes et de si-
ifications propres, sa loi locale : Oury pense donc qu'on ne peut y saisir une de-
nde du collectif que de l'intérieur. Les transferts s'y effectuent dans des orien-
tions diverses et chaque personnage inclu dans un collectif est objet potentiel
transfert, le travail de l'institution consistant en particulier pour les psycho-
ques à renvoyer leurs différentes facettes réarticulées.

La place qu'occupe un intervenant extérieur, celle de l'observateur mis
demeure d'analyser ce qui se passe dans un milieu qu'il ignore dans son dynamis-
quotidien, exclut la possibilité de décodage de ses interventions. Elles sont com-
gommées d'avance, "l'analyste"ne pouvant répondre dans une mise en question que
r le renvoie de la question à l'autre.

Nous ne sommes pas doctrinaires et pensons que ce type d'intervention
ut se dérouler à l'échelle d'un groupe ou d'une institution venant de l'extérieur,
is peut-on alors parler de psychothérapie institutionnelle ? Répétons-le, pour
s orthodoxes des lieux sont institués où ça analyse, où il y a de l'analyse au
in de collectifs analysants. C'est tour à tour un personnage d'un groupe ou un col-
ctif dans son entier qui apparait dans certaines situations comme l'"analyste",
est-à-dire celui ou ceux qui permettent par leurs interventions aux autres de se don-
r quelque chose ayant à voir avec leur propre interprétation.

.../

G. Lapassade (1) dans son dernier ouvrage préfacé le 22 Mars 1971 (ce qui n'est pas sans dénoter un certain fétichisme révolutionnaire) montre que dans la psychanalyse, le patient et l'analyste communiquent à travers le cadre analyseur défini comme l'ensemble des règles, c'est-à-dire le rythme des séances, les horaires et les honoraires versés à l'analyste.

La psychothérapie institutionnelle permet d'envisager, nous l'avons vu, qu'un collectif analysant puisse assurer une fonction d'analyste dans la mesure où elle repose sur un cadre spatio-temporel organisant les échanges et qui correspond par exemple à la grille des réunions.

En pratique institutionnelle le cadre analyseur comparable aux horaires et rythmes des séances analytiques est représenté par les lieux d'activité et de rencontre structurant la vie de l'institution soignante (de même pour certains, les échanges d'argent émanant des activités institutionnelles pourraient prendre la place des honoraires). C'est dans ce cadre analyseur qu'émergent un ou plusieurs personnages qui apparaissent comme "l'analyseur".

En tous les cas son rôle serait de provoquer, de forcer l'institution à parler, c'est-à-dire de débloquer la parole. Or c'est précisément un blocage que nous avons pu observer dans nos différentes enquêtes. Les différents lieux d'analyse (l'analyste) ont fait la preuve de leur échec dans la résolution des problèmes dévoilés par l'analyseur (sous toutes ses formes, y compris le personnage révélateur avec les réserves que nous avons faites précédemment).

On peut incriminer l'usure du dispositif analysant "on assiste sur le plan des découvertes de ce qu'on a nommé les techniques de l'homme à un enlisement assez analogue... des institutions nouvelles qui se sclérosent ensuite, et il est probablement très difficile de rendre permanente l'action effective et transformatrice de la nouveauté" (2)

Rémy Hess dans ce même ouvrage nous proposerait un autre type d'inter-

(1) - G. Lapassade op. citée

(2) - G. Lapassade - op cité p.57

.../

prétation quand il expose que l'"analyseur demande, permet l'analyse. Il ne l'implique pas immédiatement." (1)

Ceci ne nous empêche pas de nous interroger maintenant sur les raisons théoriques de cette impasse. En d'autres termes, il s'agit de pratiquer un examen critique portant sur quelques données de base de cet ensemble théorico-pratique que constitue la psychothérapie institutionnelle.

(1) - G. Lappassade - op cité p.140

LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE : ASPECTS FONDAMENTAUX

A la suite de cet exposé de cas dans quatre Institutions Psychiatriques, prises comme référence, force est de constater que si la caractérisation des malades comme "Analyseurs" est riche d'enseignement sur les conflits dans et par l'institution à travers l'équipe soignante, la prise de conscience des problèmes ne suffit pas à les résoudre et nous pouvons même dire qu'aucune des réunions prévues à cet effet, dans ces institutions, n'ont pu jouer le rôle que leur attribue la théorie et n'ont pu, en fait, éviter le rejet des malades.

Dès lors, il convient de s'interroger sur la valeur d'un certain nombre de postulats théoriques avancés pour résoudre le problème posé par l'écart existant entre la fonction thérapeutique et la fonction sociale qui est assignée à l'institution psychiatrique.

Reprenons les choses au départ.

Dans un article intitulé "la problèmatique du pouvoir dans les collectifs de soins psychiatriques", tiré d'un numéro de la revue "La NEF" consacré à l'antipsychiatrie (1), François TOSQUELLES situe bien, sans le nommer, la place qu'occupe le concept d'analyseur et le déplacement qu'il opère de la critique du malade à la critique de l'institution (F.TOSQUELLES écrit : "à la contestation de la structure hiérarchique des "organisations psychiatriques". - Cela nous parait limitatif -.) :

"Le fait est que dans l'histoire toute proche de la psychiatrie, et de l'évolution des conditions matérielles de son exercice, les "organisations psychiatriques" sont venues très rapidement à contester sa propre structure hiérarchique traditionnelle.

(1) - La NEF - l'Antipsychiatrie - n° 42 - janvier-mai 1971.

On y a vu un sérieux handicap aux visées thérapeutiques. La plupart des établissements psychiatriques ont été alors dénoncés comme inutilisables parce que constitués en "total-organisation", dans le sens goffmannien du terme. H. SIMON avait déjà montré par sa pratique depuis 1905, que les "services étaient atteints" d'une véritable maladie qu'il fallait apprendre à diagnostiquer et à soigner - précisément à l'occasion de la constatation des symptômes révélateurs tels qu'ils semblaient surgir d'eux-mêmes comme une manifestation de la maladie d'un ou plusieurs malades hospitalisés. L'origine individuelle des symptômes est souvent, en fait, un leurre où le médecin classique, porté par la seule considération de l'individu isolé, tombait trop aisément (....)." (1)

Suit la remarque de la "véritable escalade subie par la "contestation" de la problématique de la hiérarchie et à sa suite la confusion apparut alors autour des problèmes du pouvoir, "depuis les tentatives dans le style des "communautés thérapeutiques", jusqu'aux expériences d'antipsychiatrie" le LAING, COOPER et ESTERSON, ou de "l'institution en négation de BASAGLIA, à TRIESTE."

A ce sujet, TOSQUELLES dit :"en fait, en avant-scène de ces évènements.. il s'y cache plutôt mal, la conception particulière de la folie (...) Ce choix peut apparaitre à ses auteurs comme libre et rationnel. En fait, il est médiatisé par les aménagements de la distance et du contre-transfert d'un chacun. On sait que celui-ci se focalise sur la problèmatique du désir -celle de l'inconscient- et sur la problèmatique économico-sociale" (2).

Or, c'est bien la tentative d'articulation du champ de l'inconscient et du champ économico-social à des fins thérapeutiques qui fonde la "psychothérapie institutionnelle" et qui ne cesse de faire problème.

Citons pour mémoire la fin de cet article où F. TOSQUELLES rappelle que "le cadre spécifique de la psychothérapie, articulée et en quelque sorte définie comme "champ de la parole" et où il considère les institutions sous "l'angle du rôle fonctionnel de celles-ci dans l'articulation des échanges"; reportons-nous, comme il nous invite à le faire, aux travaux de ses collaborateurs, non sans avoir évoqué la dimension du symbolique auquel il convient de faire accèder les malades, car "le non accès à la "castration symbolique" est la plaque tournante de la psychopathologie" et "les institutions jouent un rôle d'objet transitionnel capable

(1) La NEF - op. cité page 95
(2) La NEF - op. cité page 96

.../

d'introduire la triangulation là où elle se montre défaillante réouvrant par là si on veut la problématique oedipienne"(1) .

Il semble donc que les problèmes posés au malade se situent au niveau de l'institution elle-même prise comme une structure élaborée par la collectivité en réponse à une situation sociale déterminée, concrètement, qu'il convient de situer au niveau de l'organisation du personnel soignant et de ses réactions face au malade, s'il est vrai, comme l'écrit Yves RACINE que "la psychothérapie institutionnelle se propose d'articuler l'intervention sur le collectif avec l'intervention sur l'individu (soignant ou soigné) inséré dans ce collectif" (2).

Disons tout de suite que le concept de "contre-transfert institutionnel" parait suffisamment fondé par les articles contenus dans ce n°1 de la Revue de Psychothérapie Institutionnelle, essentiellement consacrée à cette question. Un article déjà cité par nous, parait clair à cet égard. C'est celui écrit par François GANTHERET et l'Equipe de la VERRIERE, qui définissent comme homologue institutionnel au contre-transfert de l'Analyste, la prise en compte de l'histoire de l'institution ainsi que sa signification pour elle et la société.

Ce point écarte, soit dit en passant, du moins sur le plan théorique, la critique principale qui pourrait être faite à la psychothérapie institutionnelle selon laquelle "cette école se fonde sur la constatation de l'évacuation de la réalité des phénomènes sociaux au profit de leur signification symbolique. Il faut entendre par là que l'élucidation du hiéroglyphe social s'est faite au détriment de l'histoire de sa constitution, en privilégiant ses aspects actuels (3). Mais, nous allons y revenir.

Il reste à briser le cloisonnement interne de l'hôpital, la rigidification des rôles et la fixité de la hiérarchie faute de quoi : "l'absence de liens autres que formels entre les supports aux transferts, permet au malade de maintenir un mécanisme de défence scissionnel. Les transferts ne pourront en effet se nouer entre eux en transfert au sein duquel ils pourraient évoluer" (4).

Or, c'est justement ce qui est en question et qui fait problème. Dans ce

(1) - La NEF - op. cité page 101
(2) - Revue de Psychothérapie Institutionnelle n° 1 - page 153
(3) - La NEF - op. cité - J.P. RUSSEN - page 48
(4) - Yves RACINE - Revue de Psychothérapie Institutionnelle n° 1 - page 151.

.../

même n° 1 de Psychothérapie Institutionnelle, J. AYME, dans un article intitulé "Attitude interprétative dans le transfert en thérapeutique institutionnelle" définit le "psychanalyste d'hôpital" comme "médecin chargé à plein temps d'un service de psychiatrie iù il se comporte en psychanalyste" et écrit (1).

"La fonction interprétative ne peut se réaliser dans la pratique institutionnelle qu'à certaines conditions (...) d'une part, le médecin ne peut être en position interprétative que s'il parvient à se dégager de son statut et de sa fonction, s'il n'adhère pas à son personnage pour le formuler plus simplement, s'il ne se prend pas pour le médecin-chef ou le médecin-directeur (...)" et, plus loin "une illustration en est fournie par la fonction présidentielle qui tant dans les réunions du Club des malades que dans les réunions du personnel, doit être attribuée à quelqu'un d'autre que l'interprétateur".

Cependant, l'auteur conclut dans les mêmes termes que le fait, quelques pages plus loin, Horace TORRUBIA (2), dans un article où il met l'accent sur la maitrise du groupe plus que sur celle du médecin, et "sur la mobilisation des relations de type transférentiel" plus que sur une soit-disante maitrise contre-transférentielle :

"Il s'agit de saisir et déjouer la pression aliénante, les systèmes de communication, les réseaux de forclusion, les passages à l'acte et tout ce qui fait la rencontre factice et en quelque sorte un leurre" (...) "Il faut créer dans l'institution, un lieu de rencontre où la parole est libre, où n'importe quel conflit, n'importe quel thème, n'importe quoi puisse être abordé, sans autre attitude contraignante que la propre problématique de chacun.

C'est dans ce lieu sans a priorisme thématique, non hiérarchisé, organisé en manque, sans consigne ni sanction, et dans lequel chacun peut être mis en question, qu'on pourra mieux dévoirler le sens de la demande.

C'est là que pour nous se situe l'approche la plus technique de la dimension analytique et que, faute de mieux, nous appelons analyseur (3)."

(1) - Jean AYME - Revue de Psychothérapie Institutionnelle - n° 1 - page 77
(2) - Horace TORRUBIA " " " " - pages 86-87
(3) - C'est à dessein que nous mentionnons les termes d'analyseur et d'analyseur collectif tels que les envisage TORRUBIA. Ceci correspond à ce qu'au chapître

.../

précédent nous avions défini avec LAPASSADE comme le cadre analyseur. Nous l'envisagions alors sous la forme d'un ensemble organisé des lieux de rencontre et d'activités, structurant les échanges de l'institution soignante.

L'existence de ce cadre analyseur , qui prend de fait une dimension collective est la condition sine qua non pour qu'une demande analytique d'ensemble puisse se développer, cette dernière assurant la fonction d'analyste.

Quelle est la place de l'analyseur, tel que nous l'avons décrit tout au long de ce travail, en tant que personnage ou groupe de personnages, dévoilant la structure cachée de l'institution et la forçant à parler ? Nous proposons l'hypothèse suivante : si l'Analyseur peut inciter une démarche analytique à s'installer c'est en modifiant (ou en proposant de le faire) un élément du cadre analyseur en place. C'est en le bougeant, en "ruant dans les brancards" qui représenteraient ce cadre .

Ajoutons que l'Analyseur est le plus souvent ignorant de ce qu'il mobilise en déplaçant un élément du cadre, ne faisant la plupart du temps que répondre à une pression du collectif, elle-même mal élucidée.

Ce sont nos observations et l'étude que nous avons faite de leur signification qui nous autorisent à avancer que l'Analyseur est plus manipulé que manipulateur.

Quand, ce qu'il mobilise de sous-jacence (dans le sens qu'Oury donne à ce terme, c'est-à-dire lieu des demandes non formulées) de l'Institution est assimilable par le potention analysant de cette institution, il permet à cette dernière de franchir une étape critique, récupérable à la manière d'une crise salutaire.

Passé ce seuil, il doit être sacrifié sur l'autel de l'inaudible. En fait nous avons vu que dans nos observations, du fait de la position qu'occupaient certains de ces Analyseurs dans les institutions, c'était le personnage momentanément désigné comme Révélateur qui subissait à leur place, le chatiment expiatoire et purificateur.

C'est bien aussi le destin qui est réservé dans notre société au personnage repéré par le consensus social comme "meneur", une des figures de l'Analyseur. René LOURAU dans l'ouvrage déjà cité, le précise :"La Police et à sa suite l'idéologie dominante et le bon sens voient dans le meneur la cause de tous les

Arrivé au terme des rappels de quelques uns des aspects sur lesquels repose "La Psychothérapie Institutionnelle", nous constatons que ce qui est la plaque tournante du traitement institutionnel, à savoir l'instauration de lieux de rencontre où la parole est libre, véritables "analyseurs collectifs", n'ont pas rempli leurs rôles, si tant est qu'ils aient existé ; en tout cas, ils n'ont pas permis que le malade puisse être pris en charge par l'institution et que les conflits existants entre folie et société, au centre desquels se trouvent soignants et soignés, puissent se résoudre autrement que par le rejet ou la mort des plus faibles, en l'occurence les malades ; la question "qui est fou ? qui ne l'est pas ?", devenue célèbre depuis le livre de R.GENTIS, intitulé "Les Murs de l'Asile" se pose ici dans toute son acuité. Nous persistons à croire, dans la voie ouverte par la notion d'Analyseur, que ce sont les institutions que nous avons examinées qui sont malades. Aux passages à l'acte répondent les passages à l'acte des autres. Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'il n'y a pas eu d'accès du collectif soignant à la "castration symbolique" et que s'il y a eu accès au manque, c'est essentiellement un manque de lieux de rencontre véritable entre soignants et soignés ou les divers transferts et contre-transferts auraient pu être repris collectivement dans une atmosphère de liberté totale !

Mais la question demeure : pourquoi cela n'a-t-il pas été possible ? Il faudrait reprendre point par point les différentes déformations qui existent dans les différentes institutions auxquelles nous nous référons par rapport aux principes de la "Psychothérapie Institutionnelle". Mais, pour trois des institutions envisagées, elles ont en commun d'appartenir aux grands hôpitaux traditionnels du "Service Public" et elles répondent à la définition que donne H. TORRUBIA des établissements de soins traditionnels, dans l'article cité (1)

"Ceux-ci sont surtout marqués par une résistance quasi-absolue au dévoilement de l'inconscient. Dans ce collectif, il s'agit essentiellement de déterminer une loi d'existence à visée presque exclusivement interventionniste, avec une organisation pyramidale fortement hiérarchisée, et où la jurisprudence sur les conflits inter-relationnels est toujours la réaffirmation d'une loi de la rencontre figée par des règles préétablies et contraignantes.

Il s'agit en fait d'un lieu d'existence à forte systématisation morale, sexuelle, juridique, esthétique et logique, où les conduites tendent à se présenter sous un aspect polarisé et manichéen, dans une opposition du positif, du bien

(1) - Horace TORRUBIA - op. cité page 83

.../

et du mal, et sans que pour autant les divers systèmes de valeur présentent un caractère unifié, ajusté. Lieu de l'insolite, son approche ne dépasse pas le niveau syncrétique".

Quel que soit le degré et l'étendue des améliorations atteintes par les tentatives de psychothérapies institutionnelles introduites dans ces institutions, celles-ci relèvent encore pour l'essentiel de cette définition qui situe suffisamment le problème. Quelles que soient les nuances tenant à sa structure et à son histoire particulière, l'hôpital de jour de Tals, rattaché à une association privée à vocation nationale, n'échappe pas aux problèmes posés par cette définition :

- résistance quasi-absolue au dévoilement de l'inconscient,
- visée interventionniste,
- organisation pyramidale fortement hiérarchisée,
- loi de la rencontre figée par des règles préétablies et contraignantes,
- forte systématisation,
- raisonnement par couples oppositionnels,
- irrationnalité et syncrétisme.

Dans ces conditions, il semble qu'il soit difficile au médecin d'échapper au rôle que lui assigne la société, a fortiori s'il se fait médecin-directeur. Sans sous estimer les avantages que peut représenter la fonction du médecin-directeur au service d'une tentative de psychothérapie institutionnelle, il convient en tous cas de bien séparer les deux registres, celui de l'administration et de la gestion de celui de l'interprétation, faute de quoi cela conduit à une manipulation des réponses à la faveur de la confusion des champs entrainant à un dialogue de sourds et au blocage de l'institution. J.AYME ne s'y trompe pas quand il préconise de dissocier la fonction présidentielle de celle de l'interprétateur, dans les réunions de malades et du personnel. Mais, ce faisant, il dit aussi qu'il y a un interprétateur, ce qui est en contradiction avec ce qu'il vise à démontrer en répondant à la question "qui interprète quoi ?", à savoir qu'il n'y a pas un interprétateur, mais une analyse collective. Il n'y a en effet pas d'interprétateur possible, mais les membres de l'institution, et notamment le personnel, ne s'y trompent pas non plus quand ils pointent l'interprétation en direction de celui qui détient le pouvoir dans l'institution. En ce sens, le seconde partie de la critique que porte J.P. RUMEN (1) sur la psychothérapie institutionnelle ne nous parait pas sans fondements : "cela conduit à la négation des antagonismes de classe, à travers des pratiques de délégation de rôles. La structure relationnelle

(1) - J.P.RUMEN - La NEF - op. cité page 48

..../

est manipulée pour créer un climat en quelque sorte égalitaire, en dépit des conditions historiques de sa formation".

On entend de plus en plus dire que les travailleurs hospitaliers, soumis à l'exploitation capitaliste, ne marchent pas dans cette combine, les malades non plus d'ailleurs, et c'est pour avoir entendu répondre en termes analytiques aux problèmes administratifs que le personnel répond à son tour en termes administratifs aux problèmes analytiques, et ainsi de suite, que cela conduit au blocage des différents groupes constituant le collectif soignant et au mécanisme de rejet des malades.

Rappelons ce qu'écrit J. AYME (1) "afin de maintenir l'interprétation à un certain niveau thé ique (:) il faut créer "des milieux et des temps qui échappent à toutes les déterminations traditionnelles de la structure et permettent l'expression de la praole libre et la mise à jour de l'acte et de la parole vraie".

A cette critique portant sur l'un des aspects théoriques de la psychothérapie institutionnelle, nous y adjoignons une autre qui nous parait lui être liée en ce sens qu'elle appartient aux tentatives de masquages des antagnnismes de classes, tels qu'ils apparaissent sous la forme de la hiérarchisation des rapports dans l'opposition soignant-soigné après être apparus sous la forme de l'identité dirigeant-dirigé. A ceci près qu'ils'agit d'une critique portant sur certains travers des applications de la psychothérapie institutionnelle et formulée par l'un d'eux, Claude PONCIN (2) en ces termes :

"Il s'agit de la question du niveau de participation des malades à cette analyse active qu'est l'institutionnalisation (c'est-à-dire "la structuration de l'institution par les malades eux-mêmes", comme le dit TOSQUELLES), mais aussi la question de la participation des médecins et des infirmiers. Les réalisations les plus avancées en thérapeutique institutionnelle vont effectivement jusqu'à proposer aux malades un certain pouvoir d'institutionnalisation à l'intérieur du club (3). Mais, on laisse aux soignants le soin de trouver ailleurs l'occasion de mobiliser leurs propres transferts. Il ne faut pas s'étonner que ce soient les syndicats, par exemple, qui se voient alors investis de cette fonction, ce qui ne facilite pas la résolution réaliste des problèmes qu'ils affrontent".

.../

(1) - J. AYME - Revue de Psychothérapie Institutionnelle - n° 1 - page 78
(2) - Claude PONCIN - Revue de Psychothérapie Institutionnelle - n°1 - page 113
(3) - Il faut ajouter que ceci même leur est très souvent contesté quand le club existe. Nous en connaissons un qui a été annexé totalement par les soignants. Il

est devenu à tel point leur chose, qu'une somme importante de l'argent des malades a été dérobée par l'un des soignants chargé de le gérer. Ce vol ne fut suivi d'aucune sanction, si ce n'est l'obligation faite à l'agent de rembourser la somme dérobée. Une pression très forte de la part de ses collègues pesait pour s'opposer à toute sanction. Comment sanctionner ? Y a-t-il eu vol ? Pour cela il aurait fallu que l'argent appartienne à quelqu'un. Appartenait-il vraiment aux malades ?

Signalons que ce phénomène de vol de l'argent des malades par le soignant qui le gère n'est pas exceptionnel : nous en connaissons d'autres exemples.

Ces vols semblent survenir en général, comme dans l'exemple de départ, dans un contexte où les malades ne gèrent pas directement leur argent et ne sont pas représentés dans le conseil d'administration de l'association qui contrôle le club thérapeutique.

Ceci se complique quand à ce dit conseil d'administration, les membres les plus influents qui y siègent sont les représentants du pouvoir administratif de l'hôpital. Comment alors la visée primordiale que se propose la structure club thérapeutique, à savoir l'existence d'un organisme autonome dans lequel se reconnaissent les malades et qui leur permettent d'échapper au processus d'infantilisation dont ils sont l'objet de la part de l'administration hospitalière, comment dans de telles conditions cet objectif peut-il se réaliser ?

Nous pensons que cette situation survient quand le club, faute de s'inscrire dans une véritable démarche sociothérapique, impliquant l'ensemble de l'institution hospitalière, devient un simple gadget médico-administratif !

Après avoir syndicalisé tous les problèmes psychiatriques et psychiatrisé tous les problèmes syndicaux en créant des organismes de collaboration de classe, au détriment de la mobilisation du transfert des soignants par la création de lieux d'analyse à cet effet, où la voie est libre pour l'expression de l'inconscient, un médecin s'est écrié devant les difficultés rencontrées par les mécanismes de défense du personnel devant la bureaucratisation (dans le sens donné à ce mot par Michel Crozier dans le "Phénomène bureaucratique") tels l'inertie et le manque d'initiative thérapeutique : "Tout cela est de la faute des syndicats ! A cause d'eux on ne peut rien faire, le personnel est paralysé !"

Mais une question enfin se pose encore comme une répétition : peut-on réellement instaurer dans une institution, dont la fonction sociale est de préserver la société des méfaits de l'inconscient, des réunions qui échappent à toutes les déterminations traditionnelles de la structure et qui "permettent à l'expression de la parole libre et la mise à jour de l'acte et de la parole vraie". ?

Dans l'article cité, C. PONCIN ne s'arrête pas là et écrit :

"On peut montrer que dans cette limitation aux soignés des pouvoirs de remaniement d'un certain contexte (lui-même limité : "le club thérapeutique"), la résistance ritualisante du psychiatre n'est pas seule en cause. Il faut en effet faire référence au contexte social dans lequel le centre psychiatrique s'inscrit."

C. PONCIN fait référence au concept de la physique, l'entropie, qu'il juge croissante par l'analyse active, la mobilisation des structures transférentielles, tandis que la pression sociale s'exerce dans le sens d'une nullité de l'entropie : "la société globale conçoit en effet la guérison comme un phénomène d'ordre : un ordre dont les soignants sont les représentants et qui implique sa propre conservation grâce à la réversibilité de toute transformation."

"Chaque sujet, destinateur qui est aussi un destinataire par rapport à une représentation qui a quelque chose à voir avec l'inconscient" se voit scissionné du fait de l'exigence du contexte social de maintenir l'entropie constante ou nulle, instaurant une distanciation, une séparation des termes du couple, "le destinateur émettant alors un impératif (social) vers le destinataire sous la forme des couples oppositionnels : soignant - soigné, parent-enfant, analyseur-analysé".

.../

Pour notre part, nous ne pensons pas que ce phénomène soit un phénomène naturel tel que celui auquel se réfèrent les sciences de la nature, telle la physique. Faut-il pour autant penser comme certains qu'il s'agit là d'un phénomène politique de classe, induit par les intérêts de la classe dominante et qui ne pourra prendre fin qu'avec l'abolition du pouvoir de la bourgeoisie et de toutes ses conséquences y compris la bureaucratie stalinienne et néo-stalinienne ?

Car, en fin de compte, le problème qui est posé est celui de l'objet des sciences humaines où l'observateur fait partie lui-même de son observation. C'est ce qu'énonce LEVI-STRAUSS commentant M. MAUSS (1) : "la situation particulière des sciences sociales est d'une autre nature (que celle des sciences physiques) qui tient au caractère intrinsèque de son objet d'être à la fois objet et sujet ou, pour parler le langage de DURKEIM et MAUSS, chose et "représentation" (...) c'est la notion de "fait social total" qu'introduit MAUSS et que commente LEVI-STRAUSS (...) Pour comprendre convenablement un fait social, il faut l'appréhender totalement, c'est-à-dire en dehors comme une chose, mais comme une chose dont fait partie intégrante l'appréhension subjective (consciente ou inconsciente)... "Il nous faut donc renoncer à l'espoir à faire apparaitre en dehors de nous l'institution dont nous participons...."

Soit. Mais si l'on pensait comme MARX que c'est "l'existence qui détermine la conscience" et non pas le contraire, on serait conduit à formuler que c'est en changeant les bases sociales qui régissent cette société que sera restituée l'unité du sujet, celle du destinataire et du destinateur, de la fonction sociale et de la fonction thérapeutique de l'institution, et que seront levés les obstacles très réels qui pèsent sur la liberté de parole dans des institutions faites pour l'étouffer avec l'aide de tout l'appareil idéologique mis en place par la classe dominante.

Ces constatations nous amènent à nous interroger sur le reproche que l'on pourrait nous faire de théoriser, sans référence concrète à la pratique. Nous voudrions donner des illustrations à ce que nous avons avancé dans ces derniers châpitres.

Si la première partie était clinique, la deuxième visait à élucider à l'aide d'un matériel théorique les données réunies précédemment, et ainsi, d'introduire le concept d'Analyseur dans la pratique institutionnelle psychiatrique.

.../

(1) - M. MAUSS : cité par GANTHERET et l'Equipe de la Verrière - revue de Psychothérapie institutionnelle - n° 1 - pages 27-28.

La troisième sera théorico-pratique, demarche propre au champ constitutif de la Psychothérapie institutionnelle, en ce sens que les faits relatés seront constamment confrontés aux écrits qui peuvent les éclairer et réciproquement. Elle se fondera sur l'étude de deux autres Analyseurs.

T R O S I E M E P A R T I E

D'AUTRES ANALYSEURS.

LES ELEVES-INFIRMIERS

L'affaire se déroule en Mars 73 dans un hôpital psychiatrique de la région parisienne, qui devient mixte courant Octobre 71, et qui reçoit alors pour la première fois dans son histoire des malades de sexe masculin.

C'est à cette même époque, que l'on recrute un groupe d'élèves-infirmiers, qui se distingue des autres promotions par 2 caractères au moins : il est composé de trente membres (une dizaine d'élèves dans les années précédentes), dont plus de la moitié sont des hommes.

A peine arrivés à l'hôpital, ces élèves constituent l'objet de plaintes de l'ensemble des services.

En Février 73, au moment de la notation du personnel on apprend que 8 fautifs sont sanctionnés. Ils ont obtenu un demi point au dessous de la note qui permet de toucher l'intégralité de la prime annuelle (1).

Mais que leur reproche-t-on ? En fait c'est à un catalogue complet de récriminations diverses que nous serions amenés à nous livrer, si nous voulions citer tous les méfaits qu'on leur attribue.

Nous nous bornerons à évoquer brièvement ceux qui attirèrent particulièrement l'attention.

En Juin 72, deux de ces élèves étaient hébergés transitoirement dans un grenier de l'hôpital, n'ayant trouvé aucun moyen de se loger dans les alentours. Un soir, ayant fêté le départ d'un de leurs camarades au service militaire, et étant passablement "éméchés", ils passent par leur service et sont mal accueillis par leurs collègues de l'équipe de nuit. Le lendemain matin, le Médecin-

.../

(1) - Cette prime est une prime de rendement. Elle est calculée moitié sur le nombre d'absences, et précisément pour une deuxième moitié sur la note annuelle.

Cette dernière en principe attribuée à l'agent-infirmier par le médecin-chef est dans l'hôpital dont nous parlons établie le plus souvent après que les équipes infirmières aient pu donner leur avis. Il est nécessaire d'obtenir 16 sur 25 pour obtenir la prime entière. Elle s'élève alors à 1.000 Frs en moyenne. La règle officielle dans cet hôpital est en principe de ne pas donner une note qui entame cette prime : les syndicats locaux sont d'ailleurs vigilants à la faire respecter. Une partie non négligeable du personnel demande d'ailleurs depuis longtemps la suppression de cette prime et son remplacement par un treizième mois.

.../

chef du service, informé de l'affaire par un rapport, demande à son collègue Directeur, de prendre une sanction.

C'est toujours dans le même service que quelques mois plus tard survient l'histoire de la "liqueur". Dans un vestiaire appartenant à une surveillante réputée pour briser les initiatives de ses collègues et d'exercer jalousement son pouvoir, deux autres élèves, alors qu'ils travaillent la nuit, trouvent une bouteille de liqueur. Ils y introduisent plusieurs doses d'un analeptique cardio-vasculaire assez inoffensif, mais aussi quelques gouttes d'un neuroleptique incisif.

Le lendemain, plusieurs infirmières sont prises de malaises. L'opinion est alertée, une enquête effectuée.

Il en ressort que les coupables sont désignés (ils ne se sont jamais cachés d'ailleurs) et voués à l'opprobe publique.

La encore, le Médecin-chef demande au Directeur d'intervenir. Ce dernier dans les deux cas va prononcer une sanction, sous la forme d'un avertissement verbal de telle manière que ces agents débutants ne soient pas pénalisés tout au long de leur carrière.

Mais il faut croire que cette sanction n'est pas du goût de tous, puisque 6 mois plus tard, ils apprennent qu'elle s'attaque à leur prime.

Mécontents de cette situation, ceux qui se considèrent comme des victimes refusent de signer leur note (1). Ils entrainent l'ensemble des collègues de leur année sur cette position.

.../

(1) - le refus de signature de note devrait entrainer la suppression de la notation dans le calcul de la prime, c'est-à-dire son amputation de moitié.

Ceci entraine une crise au sein de l'institution, crise dont nous verrons quelques aspects.

Les réponses données par le Directeur (un des médecins-chefs) nous semble tout particulièrement intéressantes :

"vous comprenez, dit-il, au sein de la réunion inter-services, quand une femme présente des difficultés personnelles, elle a du mal à supporter son enfant. Au retour du mari, elle s'arrange pour que l'enfant soit puni. Si le mari connaissait toute l'histoire, en particulier que c'est sa femme qui a rendu l'enfant insupportable, c'est elle qu'il réprimenderait. Et bien c'est la même chose qui s'est passée à la suite de l'affaire de la liqueur. J'ai eu un rapport circonstancié de la surveillante, accompagné de celui de la surveillante-chef. Que voulez-vous que je fasse ? Elles faisaient appel au directeur, il fallait que je sévisse ".

L'emploi de cette analogie qui fait des élèves des enfants n'eut pas l'air de leur convenir.

Ils comprenaient en effet mal que ceux-là mêmes qui les considéraient comme des gosses, n'aient jamais reconsidérés le système hiérarchique de la notation qui chaque année les infantilise. Ils se demandaient où étaient les vrais adultes ?

A notre connaissance, on n'a jamais vu de médecin-chef qui était noté encore dernièrement par la Préfecture et le Ministère remettre en question ce système d'inféodation.

Cette façon d'infantiliser le personnel soignant, nous semble avoir directement des conséquences sur le type de rapports qui peuvent se nouer avec les malades.

Quand ces rapports sont repris dans la langue de la psychologie analytique, ça donne ce que GENTIS (1) a dénoncé : "L'Asile (l'hôpital moderne)... avec ses grandes marionnettes parentales : le Père castrateur, présent-absent, porte-clé de toutes les serrures symboliques, la Mère enveloppante, ouverte à toutes les régressions et doucement mortifère. Oedipe joué par Guignol, c'est ça l'asile ".

.../

(1) - GENTIS - op. cité page 12

Cette digression, nous la poursuivrons en montrant avec le Psychologue Jean Pierre BAKHOUCHE (1)que : "Dans un tel système où les rapports sexuels sont interdits (le médecin-directeur les qualifie même d'incestueux) et où le pécule n'équivaut en fait qu'au montant de l'argent de poche accordé aux enfants, de même que le travail est considéré comme une preuve de bonne conduite et le signe le plus marquant de guérison; dans un tel système, il est courant de constater que les malades sont le plus souvent assimilés à des enfants et les soignants - le médecin et l'infirmier - à des parents.

Dans un tel système où tout est prévu pour que rien ne puisse "y manquer" on ne voit pas comment l'individu peut accèder à la castration pour devenir sujet par rapport à l'autre, dès lors qu'il ne lui reste plus qu'à se situer au niveau de la demande qui est demande d'amour, ou à "être fou" comme seul mode d'expression de son désir."

Faut-il donc en déduire qu'à l'hôpital psychiatrique, si la place faite au malade est d'être fou, celle assignée à l'élève-infirmier est de se soumettre ?

En particulier à Loi symbolique : c'est du moins ce que semble leur demander le Directeur en déclarant que le propre de cette sanction pécuniaire entamant leur prime est de toucher du doigt le symbolique.

GUATTARI (2) met en garde contre ce genre d'utilisation pouvant être considérée comme abusive du matériel analytique quand il rappelle que "La Loi Symbolique, vous ne la saisirez pas directement dans les institutions. Si vous pensez le contraire, je le répète, vous vous ferez simplement les agents d'une répression réelle...." Une autre loi, une anti-loi demande à être dégagée et à disposer d'un espace propre : c'est la créative du désir, loi illogique en apparence, loi indisciplinée sans respect pour la cohérence institutionnelle."

TOSQUELLES (3) expose en faisant référence éthymologique au "Sun-bolon" ce à quoi correspond le symbolique en tant que gage de reconnaissance ou encore de mot de passe.

.../

(1) - Jean Pierre BAKHOUCHE : Un club psychothérapique dans un hôpital psychiatrique de la région parisienne - U.E.R de Sciences Humaines cliniques - Paris 7 anée 71-72

(2) - Félix GUATTARI - Recherches - op. cité page 66

(3) - François TOSQUELLES - Structure et Rééducation thérapeutique - page 53 Editions Universitaires 1967.

Précisément dans l'exemple des élèves, ça ne passe pas ! Ils ne peuvent pas se reconnaitre dans le Directeur, dont le discours analytique devient expression du pouvoir culturel.

C'est bien l'effet que produit sur eux l'intervention d'un Psychanalyste (1) travaillant depuis quelques mois dans l'institution et qui explique à qui veut bien l'entendre "Tout ceci est symbolique. Les notes ici sont uniquement symboliques, vous avez fait des co...., il fallait une sanction."

Ces élèves lui font remarquer le décalage de 6 mois entre l'avertissement verbal et la sanction pécuniaire que rien ne laissait supposer.

"Vous savez de toutes manières, la loi est tout à fait arbitraire. C'est la loi du Père qui n'a de compte à rendre à personne. Et puis, le surmoi est féroce, il est sans merci, il coupe, ça a à voir avec la castration symbolique.

Ce qui se passe maintenant pour vous est très important. Nous assistons à une véritable phase initiatique au sein de l'institution, celle au terme de laquelle vous deviendrez des infirmiers adultes ! " En fait le symbolique dont il est question ici semble bien être celui du pouvoir culturel comme nous le disions, ou plus exactement n'être repérable que dans ses rapports au Pouvoir, qui fait violence.

C'est aussi ce qu'expriment BOURDIEU et PASSERON (2) : "Tout pouvoir de violence symbolique, c'est-à-dire tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force, ajoute sa propre force à ces rapports de force".

Dans le chapitre précédent nous avancions qu'à notre avis une des raisons d'impasse actuelle de la psychothérapie institutionnelle réside dans le mélange des champs.

.../

(1) - René LOURAU nous donne des raisons de ne pas nous étonner de la position prise par ce psychanalyste : "En fait, dans la mesure où il (l'analyste)intériorise lui-même les contraintes de l'ordre institué en les assimilant au principe de réalité, il investit dans son analyse du contre-transfert, et induit dans son travail toute une "normalité", toute une "rationalité" et toute une "réalité" dont nous savons pourtant qu'elles ne constituent en rien des essences ou des points insensibles".

René LOURAU : l'Institution de l'Analyse (la Psychanalyse dans la Division du Travail) - PARTISANS N° 46 - Février Mars 1969.

(2) - P. BOURDIEU et J.C. PASSERON - La Reproduction - Editions de Minuit 1970 Cité par Robert CASTEL - Le Psychanalysme - page 122 - François Maspero - Paris 1973.

Nous disions alors qu'après avoir entendu répondre en termes analytiques aux problèmes administratifs, le personnel répond à son tour en termes administratifs aux problèmes analytiques !

Nous pensons que le récit précédent en fournit un exemple suffisamment démonstratif.

Si l'on en croit OURY, une structure devient thérapeutique dans la mesure où elle se donne une réflexion qui se développe suivant deux dimensions : l'une freudienne, l'autre marxienne.

Il semble que dans l'histoire qui précède une des deux dimensions ait manqué..

Les élèves ne sont d'ailleurs pas dupes de la situation. D'autres infirmiers ont pratiqué des plaisanteries, jugées inadmissibles par les autorités locales. Mais ceux-ci étaient diplômés et aucun d'eux n'obtient une note qui risque d'entamer la prime. Ceci fait dire à l'un des élèves sur le mode ironique : "ils ont été sanctionnés dans l'Imaginaire, il n'y a que nous qui avons été frappés dans le symbolique".

Quelle fut alors la position des autres membres du personnel infirmier ? Il apparait assez vite que c'est le personnel en place qui a poussé à la sanction.

Mme BIZON, syndicaliste très active dans l'institution déclare "vous avez fait des co... il faut les payer. Les notes, il faut bien les accepter. Vous connaissez un moyen de les changer ?"

Comment s'expliquer cette réaction du personnel dont les conditions de travail et les intérêts ne sont pas divergents de ceux des élèves.

Nous ne retiendrons pas les explications habituelles à ce genre de situation et qui se formulent en oppositions distinctives : les jeunes opposés aux anciens, les jouisseurs opposés aux travailleurs, etc...

Nous avons vu dans le chapitre précédent, que ce type de formulation est un piège tendu par la structure traditionnelle des hôpitaux psychiatriques (cf TORRUBIA)

.../

Nous proposons d'envisager le groupe des élèves comme un Analyseur. Mais de quoi ?

Dans l'hôpital où cette étude se situe, il est de tradition que les élèves copinent avec les internes. Il se joue dans la dynamique des échanges entre médecin-chef et interne quelque chose qui est plus ou moins repris entre infirmier diplômé et élève-infirmier.

Depuis quelques années, les internes ont une attitude critique vis à vis de leurs chefs de service, qui disent que la plupart de leurs difficultés viennent de l'attitude paralysante de leurs jeunes collaborateurs.

Quand l'affaire des notes est apparue, certains internes (les plus persécutés) ont senti que c'étaient eux que les chefs de service sanctionnaient, en visant les élèves.

Mme BIZON propose une explication un peu différente "tout ça devait arriver. C'est une conséquence d'illusions entretenues par la Direction, les médecins et une partie du personnel. On leur dit qu'ils peuvent tout faire et puis ils butent sur la dure réalité."

Le laisser-faire, c'est le leit-motiv réprobateur que l'on entend avec fréquence remarquable depuis l'introduction de la mixité dans cette institution. C'est sur ce groupe d'élèves à majorité masculine qui trouble les habitudes en place, que l'on projette tous les fantasmes de l'"arrivée d'hommes" dans une institution jusqu'alors féminine. Un fait est remarquable à cet égard : tous les élèves sanctionnés sont des hommes.

De plus, nous l'avons vu, les griefs qui leur sont reprochés ont un rapport avec l'alcoolisme, conduite connotée virilement dans notre société.

Dans un tract daté du 2 Mars 73, les élèves expliquent qu'"une large utilisation est faite de leur présence quant aux horaires et aux responsabilités, auxquels aucun ne s'est jamais dérobé". Ils font allusion à la fonction de bouche-trou qu'on leur a fait assumer, par exemple assurer le service de nuit après 8 heures de travail; ou encore, se retrouver à deux, voire même tout seul pour un pavillon d'une cinquantaine de malades, le dimanche après-midi.

Le fait notable, est que ces situations, habituellement jugées scan-

daleuses pour le personnel en place, eu égard par exemple aux normes de sécurité, ne faisaient l'objet d'aucun recours syndical.

Les élèves comprennent mal qu'on leur reproche leur manque de sérieux : "Comment se fait-il qu'on ne sanctionne pas les infirmières qui passent leur temps à tricoter ? Peut-être parcequ'il y en a trop ? On a beaucoup parlé de 2 d'entre-nous qui étaient rentrés éméchés dans le service, mais on ne dit rien des arrosages pour prétextes divers pendant lesquels on laisse les malades en dehors du coup.

Quant à l'histoire de la liqueur, les infirmières qui ont le plus protesté pour les doses ridicules de médicaments qu'elles ont bues, ce sont celles qui n'hésitent pas à abrutir les malades de neuroleptiques".

Après avoir été l'Analyseur des conflits entre internes et chefs de service, puis de la présence des hommes dans un hôpital de femmes, les élèves, le seraient-ils de la mauvaise conscience des infirmiers diplômés ?

La quasi-totalité des élèves sanctionnés travaillaient dans un même service, celui dirigé par un médecin-chef, qui semble avoir de gros différents avec le Directeur. Le médecin-chef est un féroce défenseur du principe de l'autonomie de service. Ceci conduit à ce que dénonce OURY (1) :"Doit-on payer des droits de douane pour aller d'un groupe à l'autre ? Le chauvinisme se développe. Je suis toujours persuadé qu'un des axiomes les plus importants de la Psychothérapie institutionnelle est : Liberté de circulation".

Nous pensons que le désaccord entre ce chef de service et le Directeur a eu pour conséquence de transformer l'avertissement en abaissement de note "C'est à moi de décider de la sanction, pas au Directeur".

La particularité des élèves est précisément de circuler d'un service à l'autre. Le groupe des élèves, en tant qu'ANALYSEUR du désaccord entre médecin-chef et directeur, a payé (au sens matériel du terme) une partie de l'accumulation de non-dit entre ces deux supérieurs hiérarchiques.

Remarquons, où se situe dans un groupe statutaire le choix de l'analyseur : les élèves représentent dans le corps infirmier la catégorie hiérarchi-

(1) - OURY : Recherches - janvier 1973 -
La Notion de sujet dans la pratique de psychothérapie institutionnelle.

hiérarchiquement la plus écrasée et administrativement la plus vulnérable !

A la mi-mars, "tout rentrait dans l'ordre" : les élèves signaient leur note et acceptaient de ne pas toucher la totalité de leur prime !

Ce bilan que d'aucuns jugeront peut-être navrant, nous incite à une interrogation quant aux limites dans lesquelles s'inscrit une démarche de psychothérapie institutionnelle. Le Docteur Michel MONROY avec lequel nous avons travaillé plusieurs années, avait l'habitude de dire que le sort réservé aux victimes dont tout pavillon psychiatrique semble avoir besoin pour fonctionner, est en corrèlation directe avec les moyens d'analyse institutionnelle dont on dispose. La solution de pauvreté de cette analyse s'incarne le plus souvent par la sanction. Pour les malades, il serait intéressant d'étudier précisément comment les médicaments sédatifs sont utilisés comme expression de cette sanction. En tout état de cause, nous avons à maintes reprises pu discerner un rapport inverse entre la quantité de neuroleptiques consommés dans un service, et le niveau de pratique sociothérapique de ce service.

En fait, les limites de l'analyse institutionnelle sont définies par le cadre social étroit dans lequel elles s'inscrivent.

Comment se fait-il que dans les institutions dont nous parlons on rencontre tant d'analyseurs et surtout qu'est ce qui expliquerait la pauvreté de la réponse qui leur est donnée ?

Nous pensons que ce sont ces institutions qui les secrètent. Que peut-on attendre d'autre, d'appareils hiérarchisés et cloisonnés, où tout est fait pour infantiliser ceux qui y vivent, et les assigner à l'irresponsabilité ? Ne peut-on pas suggèrer que les conflits nés en partie de ce processus d'infantilisation ne puissent se règler au sein de ces structures sociales pervertissantes que sous des formes régressives ? En particulier, ceci expliquerait peut-être la fréquente forme sado-masochique sous laquelle apparaissent ces véritables "règlements de comptes".

Dans ce système où l'on vous rend irresponsable, il n'est pas étonnant que l'on cherche toujours quelqu'un d'autre que soi-même de responsable et surtout de fautif. Il ne faudrait pas croire que ce phénomène est caractéristique des maisons où on cultive la folie. Si on l'y rencontre souvent dans les insti-

.../

tutions psychiatriques, c'est aussi du à l'incroyable entassement dont sont victimes les malades, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur leurs conditions de vie et de traitement, ainsi que l'insupport qui en résulte pour les équipes soignantes.

Mais il ne faut pas s'y tromper : le phénomène intéresse aussi bien de nombreuses institutions sociales, par exemple, industrielles et commerciales avec une seule différence cependant : on n'en parle pas ! Au moins à l'Asile, on prend le temps d'en discuter. "Chercher qui est fou, qui ne l'est pas, cela vous jette dans d'inextricables difficultés ... le dit malade et le dit bien portant obéissent au même irrationnel, pensent sans plus de rigueur, se défendent absurdement contre le même on ne sait trop quoi ". C'est ce que dit GENTIS (1) quand il dénonce l'absurde distinction entre Normal de Pathologique, ce que l'on peut appliquer aux institutions.

Dans le chapitre précédent, nous soulignions que des obstacles très réels pesaient sur la liberté de parole dans des institutions qui sont faites pour l'étouffer. La Psychothérapie institutionnelle se propose le pari qui consiste à y installer une parole libre. Le pari gagné, ne serait-il pas que les employés puissent parler des rapports d'exploitation qui les lient à ceux qui détiennent les moyens de production ou de direction.

Comment peut-on qualifier ce pari : projet ultime utopiste d'une micro-société idéale ou rencontre des limites fixées par le cadre social externe ?

Les pressions idéologiques qui pèsent sur une institution de soins, et le fonctionnement socio-économique qui les déterminent, c'est pensons-nous, ce qui induit en dernier ressort, le phénomène d'analyseur.

Cette toile de fond sur laquelle il s'y inscrit, c'est ce que nous dénommons la surdétermination sociale de l'analyseur.

Nous voudrions donner un exemple concret de la diffusion de ce concept dans notre société sans que son nom soit prononcé. Ce que nous avons trouvé d'assez démonstratif est la reproduction d'une conversation qui s'est déroulée récemment au sein d'un groupe psychothérapique. Ce groupe est "buvert" et réunit depuis 3 ans cinq à dix malades psychotiques et deux à trois soignants.

Extraits de la séance du 23 Février 1973 :

Maryse, martiniquaise, ayant passé toute son enfance au Maroc, est devenue pour tout le pavillon, selon l'expression de certains malades : "la bête

.../

(1) - op. cité page 35

noire".

Elle crie, insulte tous et toutes, frappe même certains sans donner d'explications.

Au cours de cette réunion, elle hurle "j'en ai marre de ce racisme " et met comme préalable à sa participation au groupe, que chacun lui montre sa carte d'identité. Elle fait alors remarquer que l'une est d'origine polonaise, l'autre italienne. Elle relève dans le groupe la présence de 3 hommes arabes.. Elle parvient même à découvrir qu'une malade est russe. Cette malade qui s'est sentie difficilement admise par la famille française de son mari et qui a tendance à le rapporter à son origine nationale s'offusque de cette vérification et demande qu'à son tour Maryse lui montre sa carte d'identité. Maryse présente le papier à tout le groupe en disant avec véhémence que si elle est née aux Antilles, elle est bien de nationalité française et que tout le monde peut vérifier.

Mr GUOEDÁN intervient alors : "C'est comme moi, j'ai aussi été victime du racisme des Français. Quand je suis allé à l'école, je ne savais parler que breton et les autres ne fichaient de moi. Plus tard quand je suis venu dans la région parisienne, les travaux les plus durs étaient pour nous, les français nous les laissaient et nous traitaient de sales bretons, têtes de cochons.

Après ça a été les italiens et les espagnols, puis les arabes et maintenant les portugais. Les Français disent qu'ils ne sont pas racistes, mais ils ne se rendent pas compte. Une fois alors que je travaillais dans une chaufferie, on s'est retrouvé à 3 pour les fêtes de fin d'année, il y avait un arabe , un espagnol et moi".

Marianne, jeune malade juive d'Afrique du Nord, l'interrompt "et les juifs alors, vous croyez qu'on a oublié que c'est toujours leur faute si ça va mal ? Rien n'est changé, on a besoin d'un juif de service ou d'un arabe et quand c'est un juif arabe, c'est encore mieux !".

" L ' ERGOTHERAPIE "

A l'hôpital de Verdur, nous avions constaté que toutes les difficultés dans le fonctionnement d'un service étaient rapportées à la présence de malades alcooliques.

Ils y fonctionnaient comme Analyseur d'une situation conflictuelle intéressant la constellation des soignants : infirmiers, médecin-chef, internes et psychologues.

Un des reproches majeurs qui étaient adressés aux alcooliques, était le refus de participer aux activités du service, mettant en échec le dispositif institutionnel de travail thérapeutique.

Nous connaissons bien d'autres institutions psychiatriques, où l'ergothérapie subit le même recul, bien qu'on n'ait pas à faire appel aux malades alcooliques pour expliquer le désinvestissement des équipes soignantes vis à vis de cette technique (1).

Dans un article intitulé "l'ergothérapie, on liquide..." (2) un ergothérapeute, animateur des CEMEA se fait le porte parole de ce sentiment désabusé qui

.../

(1) - Il n'est pas question ici d'envisager le principe de l'ergothérapie en tant que technique. Que l'on sache une fois de plus que nous l'entendons au sens de la psychiatrie institutionnelle, c'est-à-dire d'un "contrat de traitement" dirait le Dr AYME, pour rappeler avec le Dr TOSQUELLES que "si le travail est important en thérapeutique, il ne l'est que par son aspect sociothérapique".
Ces citations sont extraites de la Table Ronde sur le travail thérapeutique du 16 et 17 Juillet 1961 (reproduite dans le bulletin technique du personnel soignant de l'hôpital psychiatrique de St Alban - fascicule A).

(2) - Claude COULON :Vie Sociale et Traitements n° 89 - Août Septembre 1972

habite ses collègues. Il en rend responsables les médecins. "Oh dérision..! Ils(1) argumentent pour se défendre ce que ces chers psychiatres leur avaient dit sur la valeur de leur tache, bréviaire auquel ils se retrouvent tout à coup seuls à croire."

Il pense que le vent a tourné et que c'est maintenant le "secteur" qui est à la mode : "l'infirmier psychiatrique polyvalent ne serait-il qu'un pion que l'on peut déplacer suivant les besoins, les intérêts du moment ... Une page de l'hi histoire de la psychiatrie venait d'être tournée.... Sectorisation et mixité à tout prix à l'ordre du jour, tout le reste deviendra-t-il psychiatrie de papa ? "

Nous voyons donc que l'ergothérapie pose actuellement problème. On en cherche la raison : tantôt c'est la faute à un groupe de malades, par exemple les alcooliques, tantôt ce sont les médecins et leur sectorisation qui en sont responsables, tantôt une autre explication.

Sans vouloir choisir entre elles nous faisons l'hypothèse que les obstacles que rencontre le travail thérapeutique sont le signe d'une réalité voilée et que l'ergothérapie fonctionne à la manière d'un Analyseur.

Analyseur de quoi ? C'est la question que nous nous posons toujours en formulant les problèmes selon ce procédé. Avant d'y répondre, qu'on nous permette une digression au sujet du secteur psychiatrique. Il devient la tarte à la crème des publications professionnelles et nous voudrions désigner quelques positions confuses. Pour notre part, nous pensons qu'il n'y a aucune opposition doctrinale entre le secteur et la psychothérapie institutionnelle. C'est GENTIS (2) qui rejette clairement cet illusoire antagonisme : "On entend par exemple opposer, pour la plus grande clarté du débat, un prototype de secteur, mettons le 13ème, à un archetype de la psychothérapie institutionnelle, mettons Saint-Alban... Pour Saint-Alban, permettez... je puis dire que ce n'est pas du tout désinséré du secteur, mais ça pas du tout. Je pense qu'il me sera bien difficile de renouer ailleurs tous les liens que j'y avais avec les gendarmes, les instituteurs, les secrétaires de mairie,les gens de la préfecture, les bonnes soeurs des hospices etc.. sans parler des assistantes sociales et des médecins praticiens que je connaissais presque tous personnellement.

.../

(1) - "Ils" : les Ergothérapeutes.

(2) - Roger GENTIS - Autour d'un Centre - Recherches : spécial programmation et Psychiatrie -Juin 1967.

Si bien que, sans se sentir le moins du monde révolutionnaire, on y faisait tout bêtement des soins à domicile avec le médecin du coin, la soeur-garde malade... et bien avant qu'on se mette à parler de secteur dans les livres, TOSQUELLES avait déjà commencé à aller chez les gens et à pénétrer dans toutes les institutions du département.... Mais si ce n'est pas déjà là de la psychiatrie de secteur, alors vraiment je n'y comprends rien ! "

Bien des auteurs considèrent que le secteur va enfin permettre à la maladie mentale de rentrer dans le schèma médical traditionnel, en ce sens que chaque malade pourra être traité individuellement par son psychiatre de secteur. C'est pour simplifier que nous parlons de psychiatre de secteur. En fait bien souvent, il s'agit d'un membre de l'équipe psychiatrique locale. Cette démarche légitime qui consiste à ce que chaque consultant puisse rencontrer régulièrement un interlocuteur électif ne doit pas être confondue avec la surenchère de la "relation duelle, dite analytique".

Il y a plusieurs années déjà François GANTHERET (1) dénoncait cette pratique mystificatrice : "Dans de très nombreuses institutions de soins, on n'engage plus un psychologue sur sa seule qualification psychologique, mais de surcroit sur sa formation analytique. Comment il l'emploiera , ceci est une autre question à laquelle nul n'est capable de répondre, mais cette formation fonctionne comme mythe efficace. Ceci est déjà vrai pour les jeunes psychiatres (la quasi-totalité des internes de la Seine sont en formation psychanalytique) et devient peu à peu vrai pour les rééducateurs, les éducateurs !.. "

Peut-être ceci serait-il en rapport avec la pression qu'exerce la "bureaucratie des sociétés analytiques" (comme la nomme GANTHERET) sur ceux qui sont chargés de recrutement.

La psychothérapie institutionnelle n'est alors envisagée que comme palliatif à la réalisation de cet objectif. C'est en particulier ce qu'écrivaient en 1952 DAUMEZON et KOECHLIN (2) : "Devant les aspects carcéraux de l'hôpital psychiatrique classique, devant l'impossibilité où nous nous trouvons de traiter individuellement les patients, nous vous proposons à vous psychiatres, nous nous proposons à nous-mêmes, de guérir l'asile, faute de pouvoir guérir individuellement les patients."

.../

(1) - François GANTHERET : La Psychanalyse comme Institution - Partisans n° 46 Février - Mars 1969.

(2) - Cité par PAUMELLE dans les Entretiens de Rueil du 19 Avril 1972.

Nous ne pouvons adhérer à ce point de vue, ne serait-ce que parce que nombre de malades psychotiques ont besoin d'une médiation institutionnelle (1) / la prise en charge uniquement duelle peut-être tout à fait destructurante, voire même très dangereuse, ce que l'un de nos camarades résumait dans la formule : avec certains psychotiques, on psychanalyse, puis on appelle la Police !

En fait le débat le plus important sur cette question ne nous semble pas devoir se développer sur le terrain technique. Le point fondamental sur le secteur ne réside pas dans la priorité à donner à l'institution plein temps ou à l'équipement extra-hospitalier, mais aux impératifs socio-économiques qui conditionnent son fonctionnement.

Le Docteur BOURGUIGNON (2) dans un article récent sur la sectorisation conclut en envisageant deux modèles prospectifs : l'un optimiste, l'autre pessimiste. L'optimiste est défini par une augmentation remarquable de la tolérance de la population vis à vis des différentes formes de folie résultant d'une action globale des professionnels de la psychiatrie sur l'ensemble des structures sociales.

.../

(1) - Cette médiation peut d'ailleurs se situer au centre d'une thérapeutique adressée à des malades destructurés comme en témoigne l'expérience de Ginette MICHAUX que nous citons.

"En ce sens, l'institution est vraiment une médiation entre l'individu et la société, c'est-à-dire qu'elle renvoie à un accord médiat entre la demande individuelle et la demande du groupe...

Les échanges à propos de l'organisation matérielle au sein des institutions permettent de poser dans la réalisation tous problèmes, sources de blocage des communications inter-individuelles, nous avons pu instaurer par la thérapeutique institutionnelle une technique facilitant l'accession de l'individu à sa propre demande, en orientant ses rapports inter-personnels dans une perspective de recherche, à travers le groupe, de l'ordre symbolique".

- Ginette MICHAUX : La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes. Université de Paris, Diplôme d'études supérieures de philosophie 1958 - pages 203 et 205.

(2) - BOURGUIGNON : Le Secteur Psychiatrique de Créteil et Bonneuil - Information psychiatrique - volume 49 - février 1973.

Cependant, nous considérons que le futur est présent et que d'ores et déjà le modèle dit pessimiste est en train de s'installer.

Qu'est-ce que cela veut dire ? L'auteur écrit "Pour les soins aigus, il y a des cliniques privées ou de petits hôpitaux d'aigus... La prise en charge n'y excède pas trois mois. Passé ce délai, ou le patient réprend son travail ou il est versé dans l'un des lieux de renfermement.... : hôpitaux de déments, hôpitaux de toxicomanes, services d'agités, centres d'inadaptés sociaux. L'augmentation régulière du nombre de ces déchets sociaux permet de maintenir un plein emploi permanent".

C'est aussi ce que dit GENTIS (1) dans le style virulent qui est le sien : "On assiste en ce moment à un nouveau partage. La folie se décante. L'asile se concentre. L'asile se replie sur la lie : les vieux, les idiots, les grands méchants fous, les poivrots invétérés."

Et plus loin : "Beaucoup de gens ont compris que, maintenant qu'on soigne les malades mentaux, il y a beaucoup d'argent à faire dans le psycho-business. Bientôt on construira des chaines de cliniques, comme on construit des hilton." Mais ces deux auteurs omettent de préciser que ces pratiques puisent leur base juridique dans la loi du 31 Décembre 1970, portant réforme hospitalière.

Revenons à l'ergothérapie pour dire que bien souvent une des raisons invoquées pour expliquer son enlisement, serait le manque de moyens dont disposent les ateliers thérapeutiques.

Nous avons eu dernièrement l'occasion de visiter un hôpital psychiatrique privé, remarquablement équipé (du moins si on se réfère aux critères du public) en particulier sur le plan de l'ergothérapie.

Les malades ont le choix entre une gamme très importante d'activités, animées par des techniciens en nombre suffisant. Un de ces ergothérapeutes, spécialisée dans les activités créatrices picturales nous a cependant fait part de sa nostalgie du temps passé. question : êtes-vous satisfaite de vos rapports avec les pavillons ? - réponse : c'est plus comme avant. On avait des réunions hebdomadaires de l'ensemble des ergothérapeutes, où chaque représentant d'une équipe proposait une prise en charge diversifiée suivant les ateliers et les malades. Maintenant les autres ne s'intéressent plus à notre travail.

.../

(1) - Roger GENTIS : la Psychiatrie doit être faite - défaite par tous. op. cité page 21.

- question : A quoi attribuez-vous ce changement ?
- réponse : Moi je crois que c'est l'introduction de l'anti-psychiatrie.
- question : Ca se traduit par quoi dans votre atelier ?
- réponse : on n'a pas à faire travailler les malades. Ils doivent faire ce qu'ils veulent. Et puis, à quoi bon le travail. Je pense que les médecins n'y croient plus.

Ceci nous évoqua la position de COOPER (1) un des fondateurs du courant antipsychiatrique. Il exprime une hostilité franche à l'emprise ergothérapique : "un autre fantasme qui prévaut dans les hôpitaux psychiatriques, concerne le travail des patients. On soutient implicitement, et on déclare parfois, que si les patients ne sont pas complètement occupés à des travaux domestiques dans le service et à divers projets d'ergothérapie, ou qu'ils n'aident pas le département d'entretien de l'hôpital, ils deviendront sans contacts, institutionnalisés (2) malades chroniques. L'amère vérité est que c'est en accomplissant docilement toutes ces tâches qu'ils deviennent ce que ces étiquettes désignent plus ou moins bien. Si l'on souhaite rencontrer le dernier degré de l'institutionnalisation chronique, privée de contact, il suffit de visiter l'une des plus actives et productives manufactures hospitalières ou l'un des départements industriels d'ergothérapie. Il y a, relativement parlant, quelque chose de remarquablement sain chez le schizophrène chronique, préoccupé par son monde intérieur passant sa journée penché sur le chauffage central dans une arrière salle décrépie : s'il n'a pas la solution à l'enigme de la vie, au moins se fait-il moins d'illusions."

Ce point de vue n'est pas réservé aux auteurs anglais, il est assez diffusé et nous l'avons retrouvé dans la Presse de l'"Ultra-gauche". Dans le quinzomadaire TOUT (3), un article intitulé le travail comme activité thérapeutique : "ça c'est le stade final de la réadaptation précise." Cette forme de thérapie est encore une façon de rejeter les malades en les occupant, et de mieux les intégrer aux structures de l'institution. De plus les malades sont maintenus dans un système d'automatisme créé par le travail, automatisme qu'ils devront garder après la sortie."

.../

(1) - David COOPER : Psychiatrie et anti-psychiatrie - Editions du Seuil - 1970
(2) - Nous pensons que le traducteur a reproduit par ce terme ce que l'on entend habituellement par "Asilisés".
(3) - TOUT - 23 Avril 1971 - ce que nous voulons : TOUT.

Nous ne voulons pas argumenter sur la faiblesse théorique (1) de ces 2 citations ; qu'il nous suffise ici de remarquer les implications doctrinales résultant d'une certaine confusion inhérente à la pensée anti-psychiatrique. En confondant aliénation sociale et aliénation psychotique (nous ne voulons pas dire qu'il ne leur arrive pas de se recouvrir) on opère dit OURY un glissement vers la réadaptation ou le refus de réadaptation, ce qui est pratiquement équivalent.

Une récente discussion avec les élèves-infirmiers, dont nous avons relaté les avatars dans le chapitre précédent, faisait émerger cependant une position proche du courant dit antipsychiatrique.

Nous pourrions, pour expliquer l'évènement, faire une analyse classique des rapports entre les groupes : par exemple dire que ce n'est pas étonnant, compte tenu de l'opposition entre les anciens, travailleurs et disciplinés, et les jeunes élèves, dénués de sérieux. Il est alors possible d'avancer que la pression qui pèse sur le groupe des élèves est telle qu'il lui est impossible de ne pas adhérer à l'image de lui-même qui lui est renvoyée par l'institution, ce qui peut avoir pour traduction le refus de s'insérer dans les circuits ergothérapiques en place. Nous pensons cependant que cette manière d'appréhender la réalité est partielle.

.../

(1) - Les fondateurs de la "thérapeutique active" ne désirent-ils pas comme DAUMEZON que quand on s'aperçoit qu'un atelier "marche" il faut le fermer. Nous pensons par ailleurs que le livre de TOSQUELLES sur "le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique (CEMEA - Editions du Scarabée) " renferme des développements intéressants.

On peut supposer que la prise de connaissance de ce livre par les auteurs anti-psychiatriques serait de nature, peut-être pas à modifier leur opinion, mais du moins de leur permettre de formuler autrement le problème.

Dans un récent ouvrage Robert CASTEL (1) écrit "psycho-sociologiser les structures objectives de l'institution du nom d'un discours sur l'inconscient, c'est s'interdire toute possibilité de remonter à ce qui, en dehors de l'institution, détermine son organisation interne".

En effet la poursuite de la discussion avec les élèves sur l'ergothérapie fit apparaitre un point essentiel. En énumérant l'ensemble des activités ergothérapiques , ludiques, etc.. que possèdait l'institution, ils ne distinguaient pas les taches qui leur étaient dévolues par les nécessités de leur statut, et les travaux qu'ils pouvaient confier ou conseiller aux malades. De plus, ils réprouvaient non seulement leurs conditions de travail, mais aussi le cadre routinier et pesamment hiérarchisé dans lequel elles s'inscrivaient.

Un élève explique : "Pour qu'on ai envie de travailler avec les malades il faudrait peut-être commencer par nous laisser travailler nous-mêmes".
- question : Comment aimeriez-vous travailler ?
- Réponse : Appliquer la consigne du surveillant de balayer tout un après-midi un carrelage qui a déjà été lavé, et qui est donc propre, ça a quelque chose de désespèrant ! Pour moi, le travail, ça peut être jouer aux cartes avec les malades, et pourquoi pas aller au café. Je pense que ça peut être tout à fait thérapeutique pour certains malades, probablement plus que d'usiner des boites toute la journée.

.../

(1) - Robert CASTEL : Le Psychanalysme - op cité page 195 - François Maspero - Paris 1973 -
Précisons que si nous adhérons au principe de cette citation, nous nous reconnaissons pas pour autant dans l'ensemble de l'ouvrage de CASTEL. Il serait intéressant en effet d'envisager précisément ce que cet auteur vise quand il déclare que "le plupart des tenants de la psychothérapie institutionnelle analytique ont été, outre les promoteurs de Cour-Cheverny, à partir de la diffusion des pratiques inaugurées à St-Alban, des psychiatres de service public travaillant dans le tout venant des hôpitaux psychiatriques dans des conditions matérielles et morales assez inhumaines. "L'auteur devrait se renseigner, il apprendrait alors que ces conditions éxistent encore de nos jours dans de nombreux établissements. Cela expliquerait-il que "la prétention de la psychothérapie institutionnelle analytique à présenter une véritable alternative à la psychiatrie, n'est pas seulement dérisoire, elle est très dangereuse." Remarquons que depuis quelques années la psychothérapie institutionnelle est l'objet d'attaques incessantes des analystes comme des anti-analystes, des marxistes aussi bien que des anti-marxistes. Fonctionnerait-elle comme un Analyseur ?

Ainsi l'impasse actuelle de l'ergothérapie et le refus de s'y reconnaître de la part des infirmiers (à Verdur, nous avons vu qu'ils le faisaient dire par la bouche d'une catégorie de malades) ne révèlent-ils pas une dénonciation de leur condition de travail ?

Nous pourrions alors dire que l'ergothérapie fonctionne comme l'Analyseur du sentiment qu'entretient le personnel des hôpitaux psychiatriques à l'égard de son travail en tant que production sociale ! Nous serions tentés de le penser, en faisant allusion, à la suite de l'entretien qu'il nous a été donné d'obtenir de l'ergothérapeute, travaillant dans l'hôpital privé que nous avions visité.

- question : vous dites que tout a changé pour vous et l'atelier que vous animez, avec l'introduction de l'"anti-psychiatrie". Vous souvenez-vous de la date de ce changement ?

- réponse : oui, c'était en 70, à la suite d'une grève très dure du personnel. En mai 68 tout le monde était gréviste, mais on travaillait tous dans la joie et même plus que d'habitude. En fait, en 70, avec 2 ans de retard, ça été notre mai 68.

Que signifie tout cela ? Nous ne nous interrogeons pas sur la chaine signifiante qui partant du travail thérapeutique débouche sur une réflexion concernant le travail salarié des infirmiers et place "mai 68" au centre de cette réflexion. Cette situation est suffisamment claire et présente dans toutes les mémoires pour ne pas nous y attarder.

Si la crise ergothérapique traduit le malaise des conditions du travail hospitalier et que l'on avance que l'une est l'analyseur de l'autre, n'introduit-on pas une confusion ?

En effet qu'est-ce que l'ergothérapie a de commun avec les malades, dont nous avons retranscrit les mésaventures dans la 1ère partie, si ce n'est qu'ils dévoilent les uns ou les autres une face cachée de l'institution.

Faut-il alors désigner dans l'analyseur, tout ce qui révèle quelque chose d'inapparent dans la structure institutionnelle ? En étant impliqué dans autant de situations le concept d'analyseur, par sa trop grande généralité ne perd-il pas toute l'utilité que l'on en escomptait ?

Dernièrement LOURAU (1) a levé une partie de cette ambiguité.

.../

(1) - René LOURAU : situation de l'analyse institutionnelle en 1972.
Les Temps Modernes - juillet -août 1972.

Il définit un "analyseur historique" qui s'incarne dans des assemblées populaires, transitoires, pendant des périodes de crises sociales et qui produisent une analyse généralisée des institutions. Si nous pensons que "mai 68" correspond à cette définition, nous proposons que l'ergothérapie en soit le prolongement exprimé sous la forme de la résistance passive à certain type de travail, en quelque sorte la trace permanente.

A la suite d'une réduction et d'une simulation de l'analyseur historique opérées par l'artifice de l'analyse institutionnelle apparaissent les "analyseurs naturels et construits".

Les analyseurs naturels surgissent comme des analystes sauvages de par leur position dans la structure, plus encore que par leur volonté de provoquer ; Cette description correspondant aux autres analyseurs, malades ou soignants dont nous avons relaté les difficultés.

Reste l'analyseur construit : LOURAU entend par ce terme ce que nous dénomions le cadre analyseur, c'est-à-dire ce qui assume une fonction d'analyste dans l'institution ou plus exactement permet à cette analyse de se développer. Instituer l'analyse dans une institution, c'est découper le temps et l'espace de sa vie intérieure, ce qui a pour résultat d'instaurer une grille de réunions et d'activités pour que la parole émerge.

Quels rapports entretient ce cadre analyseur (ou analyseur construit) avec ce que jusqu'alors nous appelions l'analyseur (c'est-à-dire naturel et historique)

Les analyseurs construits sont presque toujours dépassés par les analyseurs naturels, ce que nous avons précisément constaté tout au long de cette étude. De plus, ces analyseurs naturels constituent le repérage de l'analyse institutionnelle.

Quant aux analyseurs historiques, ils assument la "référence permanente au principe de réalité de toute analyse sociale".

Cette tentative de systématisation étant ébauchée, rappelons que LOURAU précise la nécessité de l'analyse faite par tous, ce principe de l'analyse collective étant au fondement même de l'analyse institutionnelle.

.../

Il se demande aussi : "Comment s'arranger pour que les détenteurs du pouvoir et du savoir ne soient pas les manipulateurs de toute tentative de libération de la parole ? ".

L E S C O N C L U S I O N S

René LOURAU donne le nom d'Analyseur à ce qui permet de réveler la structure de l'Institution, de la provoquer et de la forcer à parler. Il ajoute que le concept d'Analyseur devrait constituer l'objet des futures recherches institutionnelles.

A notre connaissance, seul Georges LAPASSADE avait suivi cette voie tracée par l'auteur de l'analyse institutionnelle.

Nous voulions poursuivre sa démarche en l'étendant aux institutions psychiatriques. Ce phénomène y est, semble t-il, très fréquent. Les exemples que nous donnons se rapportent d'abord à des malades, soit en tant qu'individu, soit comme groupe. L'Analyseur peut aussi s'incarner en un groupe soignant. Nous donnons aussi l'exemple d'une technique psychiatrique qui fonctionne comme analyseur.

Chercher la cause dit TOSQUELLES fait de cause en cause tomber sur Dieu et bien que nous n'ayons pas la prétention de faire franchir un pas en avant à une éventuelle science psychiatrique, nous avons adopté l'attitude scientifique du comment ça se passe. Il faut prendre acte, et c'est la première remarque, que la majorité de nos illustrations nous désigne l'Analyseur comme solution d'échec. Nous n'avons pas à regretter cette situation et pensons que c'est à partir de l'analyse critique de ce type d'échec qu'une institution de soins peut progresser.

Quant à cette étude, nous y avons cheminé prudemment, en nous appuyant constamment sur des textes qui traitent de la psychothérapie institutionnelle.

.../

Ceci nous a permis de mesurer l'écart entre le corps doctrinal et la pratique quotidienne. En ce sens, on peut dire que ce travail fonctionne comme l'Analyseur de ce décalage.

La deuxième remarque concerne la nocivité des lieux dans lesquels se situe cette étude. OURY constate que le fait de vivre en groupe forcé, voire même en tas, est très dangereux. Il pense que la psychothérapie institutionnelle consiste à nettoyer le terrain de tout ce qu'il peut y avoir de nocif. Il faut souligner le prix que payent ceux qui travaillent en institution "lourde" pour mener cette lutte permanente contre la nocivité. Les Physiciens diraient que, compte tenu de l'incroyable energie dépensée par rapport aux faibles résultats obtenus, la machine n'est pas viable et qu'il faut en inventer une autre.

C'est bien le projet que s'est fixé le secteur psychiatrique. Tout le monde en parle, y compris la Grande Presse. Un article récent de l'hebdomadaire l'Express,(x) après avoir décrit "le scandale des hopitaux psychiatriques", envisage l'avenir sereinement "c'est la grande idée de la sectorisation ... Elle aurait dû faire éclater les asiles, pousser médecins et infirmiers à l'extérieur des murs vers les individus en désarroi, avant qu'ils ne deviennent des malades ou que l'hopital ne les rende malades".

Le secteur triomphant s'illustre par l'hopital de jour de soins très actifs et à prix de journée modique. Mais il faut savoir quelle est la contre-partie de cet embryon squelettique d'équipement extra-hospitalier.

AYME (x) en 1967 écrit que "toutes les constructions actuelles projetées dans la région parisienne concernent la création de lits nouveaux destinés aux malades relevant de la defectologie : vieillards, états démentiels, arriérés profonds devenus adultes. On peut légitimement craindre qu'à plus ou moins long terme, ces pavillons d'hospitalisation ne reçoivent tous les echecs thérapeutiques, recréant l'asile dans l'institution psychiatrique moderne".

Il est difficile d'affirmer que l'évolution des réalités professionnelles lui ait donné tort.

.../

(x)- Jean AYME - Le psychiatre dans la cité ou le mythe de l'extra-hospitalier op. cité p. 237 - Recherches Juin 1967.

(x)- L'Express : n° de février 1973.

De toutes manières, si un jour le secteur fonctionnait à l'échelle nationale avec des moyens décents, nous ne pensons pas que cela soit de nature à supprimer la folie. C'est pourtant ce qu'une certaine demande sociale "éclairée" exprime sous la forme d'une éradication totale de la pathologie mentale. Tosquelles, qui pense que l'engouement passionné pour le secteur dénoterait une fuite vis à vis de la confrontation à la folie, expose qu'il faudrait s'occuper de soigner dans chaque institution les "normopathes", c'est-à-dire ceux qui souffrent sans le savoir du système normatif de la société, et qui n'ont que trop tendance à adopter ses valeurs.

Quoiqu'il en soit, nous nous refusons techniquement à dresser une opposition entre secteur et psychothérapie institutionnelle. Si le premier est défini comme un ensemble multi institutionnel diversifié, il y a beaucoup de raisons pour qu'entre les différents lieux de soins, des bouchons, comme dit Tosquelles, s'interposent. Le travail multi institutionnel consiste alors à déboucher les canaux permettant les échanges, grâce à une analyse permanente du milieu.

Il est habituel, dans ce genre de travail, de proposer un schéma d'avenir professionnel, celui qui est en général en premier point à l'ordre du jour des réalisations bien en vue.

En ce qui nous concerne, nous n'en avons pas d'autre que celui d'entreprendre d'autres recherches institutionnelles.

Nous savons simplement qu'un récent projet de Loi, qui va être soumis au Parlement Anglais, propose la destruction des hopitaux psychiatriques, que Gentis rêve d'une société qui n'aurait plus besoin de psychiatres et qu'enfin Hubert MIGNOT a déclaré qu'il faut, dans toute société, trois types de personnages : "des croque-morts, des éboueurs et des psychiatres".

Reste le Fou en tant qu'Analyseur de la distinction entre Normal et Pathologique. GENTIS (x) ajoute "ce que nous appelons raison n'a rien de rationnel... C'est sans doute pour cela que l'on tient si fort à ce qu'il y ait des fous : sans leur repoussoir, personne ne pourrait se dire raisonnable. Si on ne localise pas

.../

(x) Roger GENTIS : La psychiatrie doit faite / défaite par tous - op. cité P. 37.

la folie, si on ne l'assigne pas à résidence, comment se dissimuler qu'elle est partout, qu'elle double la raison sur toute son étendue, qu'elle est à l'couvre dans le travail même de la raison ?".

De toutes manières, la fonction de bouc-émissaire (forme persécutrice de l'analyseur, nous l'avons vu) est une valeur sûre, aussi bien dans les lieux hospitaliers qu'extra-hospitaliers que dans d'autres institutions.

Nous pourrions, pour terminer, paraphraser Sartre en disant que c'est bien connu, les Fous sont toujours les Autres !

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- AUBERT Christian : Contribution à l'étude du malade-symptôme. Thèse de Médecine - Paris 1969.

- AYME Jean : (1) - Les échanges matériels et affectifs dans le travail thérapeutique - Table ronde. Bulletin technique du Personnel soignant de l'hopital psychiatrique de St Alban - Fascicule A - Juillet 1961.

  (2) - Attitude interprétative dans le transfert en thérapeutique institutionnelle. Revue de psychothérapie institutionnelle n° 1 - 1966.

  (3) - Le psychiatre dans la cité ou le mythe de l'extra-hospitalier. Recherches - spécial programmation, architecture et psychiatrie - Juin 1967.

- BARHOUCHE Jean-Pierre : Un club psychothérapique dans un hopital psychiatrique de la région parisienne. Année 1971 / 1972. UER de sciences Humaines cliniques. Université Paris VII.

- BOURDIEU P. et PASSERON J.C. : La reproduction. Edition de minuit 1970.

- BOURGUIGNON A. : Le secteur psychiatrique de Creteil et Bonneuil (Val de Marne). L'information psychiatrique - Vol. 49 - n° 2 - fevrier 1973.

- CASTEL Robert : Le psychanalysme. François Maspero - Paris 1973.

- CHANOIT-GANTHERET
- REFABERT - SANQUER - SIVADON : Le contre transfert institutionnel. Revue de psychothérapie institutionnelle n° 1- 1966.

.../

- COOPER David : Psychiatrie et anti-psychiatrie.
Editions du Seuil - Paris 1970.

- COULON C. : L'ergothérapie -
Vie sociale et traitements n° 89 - Aout-septembre 1972.

- CROZIER Michel : Le phénomène bureaucratique.
Editions du Seuil 1963.

- GANTHERET François : La psychanalyse comme Institution.
PARTISANS - février-mars 1969. N° 46

- GENTIS Roger : (1)- Autour d'un centre
Recherches - spécial programmation
architecture et psychiatrie - juin 1967.

(2)- Les murs de l'asile.
François Maspero - Paris 1970.

(3)- La psychiatrie doit être faite / défaite par tous.
François Maspero Paris 1973.

- GUATTARI Felix : Sur les Lois de l'Institution.
recherches : journées d'études. de psychothérapie institutionnelle.
Janvier 1973.

- LAPASSADE Georges :
- Groupes. Organisations et institutions.
Recherches institutionnelles 1
Gauthier Villars 1970.

- L'ANALYSEUR ET L'ANALYSTE.
Recherches Institutionnelles 3
Gauthier Villars 1971.

- LEMAIRE Jean-Claude : Mécanisme de rejet dans les Institutions psychiatriques.
Essai d'Analyse.
Thèse Médecine - Paris 1969.

.../

- LEVI - STRAUSS : Introduction à l'oeuvre de Marcel Maun in Sociologie et anthopologie par Marcel Mauss.
P.U.F. 1968.

- L'EXPRESS : Le scandale des hopitaux psychiatriques. - n° de Fevrier 1973.

- LOURAU René : (1)- l'institution de l'analyse (la psychanalyse dans la division du travail) - PARTISANS N° 46 février mars 1969.

(2)- L'analyse institutionnelle - Editions de Minuit - Paris 1970.

(3)- Situation de l'analyse institutionnelle en 1972 -
Les temps modernes - juillet aout 1972.

- MICHAUX Ginette : La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des Groupes.
Université de Paris - Diplôme d'études supérieures de philosophie 1958.

- OURY Jean : - La notion de sujet dans la pratique de psychothérapie institutionnelle.
Recherches - janvier 1973.

- L'équipe soignante : table ronde autour d'Oury.
Recherches - janvier 1973.

- PAUMELLE Philippe : Aux entretiens de Rueil du 19 avril 1972.
Tables rondes sur "le médecin dans la cité".

- PONCIN Claude : Hypothèse pour une approche structurale des phénomènes de transfert en thérapeutique institutionnelle.
Revue de psychothérapie institutionnelle n° 1 - 1966.

.../

- RACINE Yves : Transfert et défenses en psychothérapie institutionnelle.
Revue de psychothérapie institutionnelle n° 1 - 1966.

- ROTIBERG Denise : Les réunions à l'hopital psychiatrique.
CEMEA - Editions du Scarabée. Paris 1968.

- RUMEAU J.P. : Psychiatrie - antispsychiatrie et politique.
La N E F : l'Antipsychiatrie n° 42 - janvier mai 1971.

- TORRUBIA Horace : Analyseurs et Interprétation du transfert en thérapeutique institutionnelle.
Revue de psychothérapie institutionnelle n°1 - 1966.

- TOSQUELLES François :

- Les échanges matériels et affectifs dans le travail thérapeutique.
Table ronde. Bulletin technique du Personnel soignant de l'hopital psychiatrique de St Alban. Fascicule A - Juillet 1961.

- Le travail thérapeutique à l'hopital psychiatrique.
CEMEA - Ed. du Scarabée - Paris 1967.

- Structure et rééducation thérapeutique - Aspects pratiques.
Editions Universitaires 1967.

- La problèmatique du pouvoir dans les collectifs de soins psychiatriques.
La NEF n° 42 : l'antypsychiatrie janvier mai 1971.

- Désir et Institution. Journées d'études de psychothérapie institutionnelle. Recherches - janvier 1973.

- TOUT : Ce que nous voulons : tout - quinzomadaire - 23 avril 1971.

TABLE DES MATIERES

- Présentation : ..... p. 1

- Eléments introductifs : ..... p. 2

- PREMIERE PARTIE : - Nanette : ..... p. 8
  - Babil : ..... p. 18
  - Alain : ..... p. 29
  - Les alcooliques : ..... p. 44

- DEUXIEME PARTIE : - Le révélateur : ..... p. 56
  - Le bouc émissaire : ..... p. 60
  - L'analyseur : ..... p. 64
  - L'analyste : ..... p. 72
  - La psychothérapie institutionnelle :.... p. 76

- TROISIEME PARTIE : - Les élèves infirmiers : ..... p. 89
  - L'ergothérapie : ..... p. 101

- Les conclusions : ..... p. 112

- Indications bibliographiques : ..... p. 116

VU, le Président de Thèse

M. le Professeur A. BOURGUIGNON

VU, le Doyen de la Faculté
de Médecine de Crétail

M. le Professeur M. RAPIN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris

R.MALLET